

市町村コード(市町村名): 1226 (砂川市)

(総合)振興局名: 空知総合振興局

別表第2号 (第2条関係)

身体障害者手帳交付申請書									
	年 月 日								
本 籍 地									
居 住 地									
職 業									
教 育※									
ふりがな 氏 名	Ⓜ								
	年 月 日生								
個人番号									
<table border="1"><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">15歳未満の児童</td></tr><tr><td>教育※</td><td></td></tr><tr><td>ふりがな 氏名</td><td style="text-align: right;">年 月 日生</td></tr><tr><td>個人番号</td><td></td></tr></table>		15歳未満の児童		教育※		ふりがな 氏名	年 月 日生	個人番号	
15歳未満の児童									
教育※									
ふりがな 氏名	年 月 日生								
個人番号									
北海道知事 様									
私身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく関係書類を添えて申請いたします。									

(備考)

- 1 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっている。この場合には児童の氏名、生年月日及び個人番号を 欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要が無いこと。
- 2 ※欄は18歳未満の児童についてのみ記入すること。
- 3 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。