

第 8 号様式（第 7 条関係）

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

福祉事務所又は町村等記載欄※ 1

高知県知事 様

申請者氏名

身体障害者手帳の交付を次のとおり申請します。

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

1 申請理由（該当するものを○で囲んでください。）

- 1 新規交付
- 2 障害程度の変更
- 3 新しい障害の追加
- 4 紛失
- 5 破損

2 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		大正（T）	
氏名		昭和（S）	年 月 日生
		平成（H）	
		令和（R）	
個人番号			
居住地		市町村	
住所コード	※		
電話番号			

3 保護者氏名・続柄（申請者が 15 歳未満の場合）

氏名		続柄	
----	--	----	--

- 父…… 1 兄…… 5
- 母…… 2 姉…… 6
- 祖父… 3 その他コ
- 祖母… 4 ード表参
- 照

4 手帳交付番号等（申請理由が 2、3、4 又は 5 の場合）

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※（ 都道府 県市 第 号	年 月 日			
	有期再認定年月			
	年 月			

5 旧居住地・氏名等（居住地・氏名変更届が提出されていない場合）

旧居住地	旧氏名

- 備考 1 「個人番号」欄は、申請理由が新規交付である場合のみ記載してください。
- 2 ※印欄は、記載しないでください。

写真

○脱帽・上半身

○撮影後 1 年以内

○縦 4 cm×横 3 cm

高知県	福祉事務所又は町村
受付印	受付印

福祉事務所又は町村連絡メモ

高知県処理欄（以下は、記載しないでください。）

障害名	等級	指数
合計		

					種別	種	等級	級
番号	部位	原因	傷病名	傷病名	左右	障害名	等級	
1								
2								
3								
4								
5								

視力	
右	左

聴力	
右	左

有期再認定年月日

年 月 日