

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

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。

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 | 4 紛失 |
| 2 障害程度の変更 | 5 破損 |
| 3 新しい障害の追加 | |

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

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 氏名		男 (M) 女 (W)	年 月 日生
個人番号		本籍地	※ 都道府県
居住地 住所コード	※	市 町 村	
電話番号	— —	施設入所等の状況	1 在宅 000 ※ 2 病院 900 3 施設 ()

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
※ () 発行者 都道府県市 第 号	年 月 日			

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	変更年月日
		年 月 日

- 備考 1 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとして
ください。
2 ※印欄は、記載しないでください。
3 保護者の個人番号については、記載する必要はありません。

写 真

○脱帽・上半身
○撮影後1年以内
○縦4cm×横3cm

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		

番号	部 位	原 因	傷 病 名	傷 病 名	左右	障 害 名	等 級	種別	種	等級	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