

身体障害者手帳交付申請書

（あて先）奈良市長

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

※こちらには貼らない
てください。
写真（2枚）
・縦4cm×横3cm
・脱帽・上半身
・1年以内に撮影のもの
・ボラロイド不可

・新規交付 ・再交付（等級変更・障害名追加・破損・紛失・再認定）（該当するものを○で囲んでください。）

1 申請者について

住所 _____ 電話 _____

(ふりがな) _____

氏名 (自署又は記名押印) _____ (印) _____

個人番号 _____

生年月日 _____ 明治・大正・昭和・平成・令和 _____ 年 月 日

性別 男 ・ 女 _____

15歳未満の児童の場合には児童との続柄 _____

15歳未満の児童

(ふりがな) _____

氏名 _____

個人番号 _____

生年月日 _____ 平成・令和 _____ 年 月 日

性別 男 ・ 女 _____

※15歳未満の児童について申請する際には、申請者の個人番号は記入する必要はありません。

2 現在お持ちの手帳について

種別・等級 (1. 2) 種 級

手帳番号 _____ 都道府県市 第 _____ 号 交付年月日 _____ 昭和・平成・令和 _____ 年 月 日

※事務処理欄（記入しないでください）

障害名	級	障害名	級
視力		じん	
視野		呼吸	
聴覚		ぼう	
平衡		直腸	
言語		小腸	
音声		免疫	
そ		肝臓	
心臓		体幹	
肢体			

追加コード

《視覚》網膜色素変性症

《心臓》ペースメーカー／人工弁移植・弁置換

《じん臓》慢性透析療法／じん臓移植

《ぼう直》尿路変更／人工肛門

《肝臓》肝臓移植

《肢体》両・左・右 () 人工関節／人工骨頭 (平成・令和 年 月 日～)

《音声》無喉頭

《その他》()

申請日 _____

交付日 _____

更生医療同時申請

決定日 _____

手帳番号 _____

視力 右 _____ 左 _____ 聴力 右 _____ db 左 _____ db 語音 右 _____ % 左 _____ %

種別／総合等級 (1・2 種 級) 再認定 (無 ・ _____ 年後)