

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

都道府縣市 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

《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）