

(別紙)

令和 年 月 日

(あて先)

秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長 様

申請者(本人)

(ふりがな)

氏名

郵便番号

住所

電話番号

()

身体障害者手帳交付申請時における「診断書」の申請について

このことについて次の理由により診断書の写しが必要ですので交付してください。

1 氏名(手帳交付時)	(ふりがな)
2 生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
3 手帳番号	
4 手帳交付年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
5 診断書を必要とする理由	
6 必要とする診断書	1 新規申請時 2 再交付申請時 3 その他(具体的に書いてください) ()
7 その他 (本人が申請できない状況の場合)	

※記入の留意事項

- ・申請は、身体障害者手帳所持者本人とします。
- ・身体障害者手帳所持者以外の方が申請する場合は、申請者本人欄には代理に申請する人の氏名・住所のほか本人との続柄(父・母・息子あるいは長男・娘あるいは長女)を記入し、「7その他欄」に本人が申請できない状況を記入してください。
- ・各欄に必要な事項を記入してください。必要とする診断書については、該当する番号を○で囲んでください。
- ・また、申請者を証明する書類(身体障害者手帳、運転免許証、健康保険の被保険者等、日本国旅券等)の写しを添えて申請してください。