

R3年 4月 1日

守谷市長 宛て

申請者居住地 守谷市大柏950-1

氏名 守谷 花子



電話番号 0297-45-1111

下記のとおり申請します。

第1欄 手帳の交付を受けたい者について、楷書ではっきり書いてください。

0	1											
フリガナ	モリヤ	タロウ	性別	1 男 2 女	生年月日	H	18	年	4	月	1	日
氏名	守谷	太郎										
個人番号	9999 9999 9999											
居住地	茨城県守谷市		大柏950-1									
	0	8	2	2	4							

第2欄 保護者について、楷書ではっきり書いてください。

(身体に障害のある15歳未満の児童の場合)

フリガナ	モリヤ	ハナコ	同居別居	1 同居 2 別居	続柄	A 父 B 母 C 祖父 D 祖母 E 兄 F 姉 G おじ H おば I 親族 J 施設長等 K その他	
氏名	守谷	花子					
個人番号	1111 1111 1111						
居住地 ※同居は 記入不要	都・道 守谷 市 府・県		(大字) 町 大柏950-1 村				

注意1 身体に障害のある15歳未満の児童についての手帳の交付は、保護者等が代わって申請することになっています。この場合には、第2欄も記入してください。ただし、児童福祉法第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童福祉施設に入所した児童については、当該里親又は児童福祉施設の長が代わって申請してください。

2 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。

実施機 関 コ ー ド	更生指 導台 帳番 号
2 2 4	- -

種別	等級	統計用原因コード	コメント	理由 C D	認定区分

原因名・障害名								視力		聴覚	
1	2	3	4	5	6	7	8	右	左	右	左
再認定年月								受付年月日			
1	2	3	4								
再認定年月											
5	6	7	8								