年　　　月　　　日

身体障害者手帳点字シール作成申込書

身体障害者手帳交付時に点字シールを希望する場合は、この申込書をご提出ください。

　　　点字シールに表記するのは、**手帳番号（数字）のみ**となります。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

横 浜 市 長

　身体障害者手帳の手帳番号を表記した点字シールを希望します。

申請者（または代理人）

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　　　）

住　　所：

電話番号：　　　　　　（　　　　　）

【代　筆】：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者（手帳所持者） | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 対象者の住所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 手帳番号 |  |  |  |  |  |  |
| ※該当するものに☑を入れてください。 |
| 手帳の申請内容 | * 新規申請　　　□　再交付
* その他（　　　　　　　　　　　　　）※転入、様式変更等、理由を明記
 |
| 手帳様式 | * 紙　　　　□カード
 |
| 備　考 |  |