

身体障害者手帳交付事務の流れ

1 身体障害者手帳の交付申請手続き

(1) 申請手続き

身体に障がいのある方は、身体障害者福祉法第 15 条に基づく指定医師の診断書を添えて、各区の保健福祉部長に身体障害者手帳の交付を申請することができます。

なお、15 歳未満の児童に係る申請は、その保護者が行うこととなります。

◎申請書の提出先

本人が居住する区の区役所（保健福祉部保健福祉課）

◎申請に必要な書類

- ①身体障害者手帳交付申請書（所定の様式）
- ②身体障害者診断書・意見書（所定の様式）
- ③写真（縦 4 cm×横 3 cm 1 枚）

(2) 審査

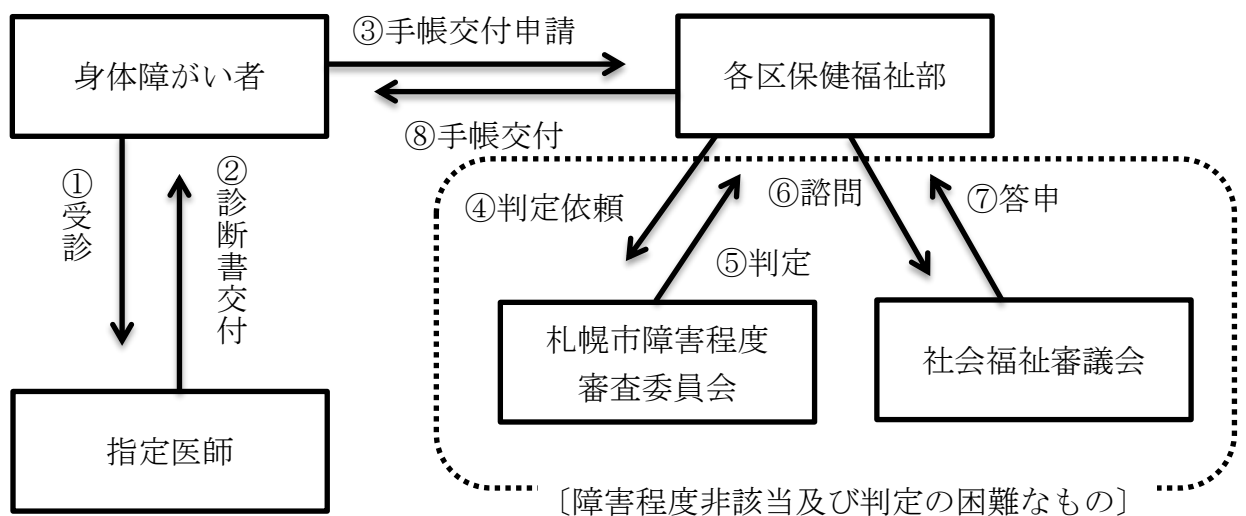
申請を受けた各区の保健福祉部長が、障害程度を審査した結果、その障害が法別表に定める障害に該当すると認めるときは、申請者に身体障害者手帳を交付し、該当しないと認めるときはその理由を付してその旨を申請者に通知します。

なお、障害程度、等級の認定に疑義があるときや、その障害が法別表に該当しないと認めるときは、札幌市障害程度審査委員会（事務局：札幌市身体障害者更生相談所）又は札幌市社会福祉審議会に諮問することとなっております。

(3) 再交付の申請

手帳の交付を受けた方の障害の程度が軽減したときには、手帳の再交付の申請手続きが必要です。また、障害の程度が進行したとき、新たな障害が加わった時には、再交付の申請手続きが可能です。

2 交付事務の流れ



身体障害者手帳交付申請書

平成 年 月 日

本籍地

居住地 札幌市 区

(電話 ー)

職 業

教 育*

ふりがな

申請者氏名 M・T・S・H 年 月 日

個人番号 ()

(代筆者)

15歳未満の児童	
教 育*	
ふりがな	
氏 名	H 年 月 日
個人番号 ()	

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

私は身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく、
関係書類を添えて申請します。

- 備考 1) 15歳未満の児童については保護者が代わって申請することになります。この場合には児童の氏名、生年月日及び個人番号を口欄に記入していただき、保護者の個人番号を記入する必要はありません。
- 2) *は18歳未満の児童についてのみ記入してください。
- 3) 申請者の氏名欄は、記入押印又は直筆による署名としてください。

届出者 (本人の場合 は記入不要)	ふりがな		申請者との関係
	氏名		
	住所	電話番号	

※本人以外が受領する場合は、下欄を記入してください。

受領印	ふりがな		交付者との関係
	氏名		
	住所	電話番号	

※担当者記入欄（記入者氏名： ）

--

身体障害者手帳再交付
精神障害者保健福祉手帳再交付
療育手帳再交付
療育手帳再判定変更

}

申請書

平成 年 月 日

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

届出者 氏名 _____ (申請者との続柄 _____)

住所 _____ 区 _____

電話 _____ FAX _____

申請者	ふりがな	M . T . S . H	電話	—	
	氏名	年 月 日生(歳)	FAX	—	
	個人番号	※身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳の手続きの方のみ記入			
	住所	区 _____			
	施設名(入所・通所)	_____			

私はさきに交付を受けた身体障害者手帳の再交付・再認定を申請します。

	紛失	添付書類等 写真 有・無
	破損	添付書類等 写真 有・無
	再認定・障害程度の変更	添付書類等 写真 有・無、診断書
	旧手帳	手帳番号 第 _____ 号、種 級、交付年月日 昭和・平成 年 月 日
	(障害種別)	視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・上肢・下肢・体幹・脳原上肢・脳原移動・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓

私はさきに交付を受けた精神手帳の再交付を申請します。

	紛失	添付書類等 写真 有・無
	破損	添付書類等 写真 有・無
	旧手帳	手帳番号 第 _____ 号、級、交付年月日 昭和・平成 年 月 日

私はさきに交付を受けた療育手帳の再交付・再判定に伴う変更を申請します。

	紛失	添付書類等 写真 有・無
	破損	添付書類等 写真 有・無
	再判定	添付書類等 判定書
	旧手帳	手帳番号 第 _____ 号、A・B・B、交付年月日 昭和・平成 年 月 日

※本人以外が受領する場合は、下欄をご記入ください。

受領印	ふりがな		交付者との関係
	氏名		
	住所		
			電話番号

様式14(裏)

※担当者記入欄(記入者氏名:)

--