

# 身体障害者手帳申請調査書

ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日
氏名						
住所	沼津市 施設名 ( )					
電話						
現況	入院中	入院先	病院	科	年 月 日	日から
		退院見込	未定	・	年 月 日	日予定
	在宅	その他				

家族の状況	氏名	本人からみた続柄	生年月日	備考 ※世帯主等
		本人	/	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

保健センター戸田分館で手帳の受け取りを希望する方は、右の四角にチェックしてください

※一人世帯の方、高齢者二人世帯の方は、必ず緊急連絡先を記入して下さい。

※本人以外の住所に連絡を希望する場合も記入。 希望するものに○をつけてください

〒 \_\_\_\_\_ 案内通知先 ・ 電話連絡先 ・ 緊急連絡先  
 住所：  
 電話：  
 氏名： (本人からみた続柄： )