＜記入例＞

令和 8 年 ○月 △日

滋賀県健康医療福祉部障害福祉課長 あて

請求者氏名　　**滋賀 太郎**

本人との続柄　　**本人**

住　所　　**○○市△△町□□番地**

連絡先　　***0123－45－6789***

下記の身体障害者手帳交付申請の際に提出した身体障害者診断書・意見書の写しの交付をお願いします。

記

1. 手帳所持者氏名　　○○ △△

2. 生年月日　　**昭和 ○年 ○月 ○日**

3. 手帳番号　　**滋賀県 *012345*** 号

4. 初回交付日　　昭和・[平成]・令和 ○年 ○月 ○日

5. 必要な診断書・意見書　　昭和・平成 [令和] △年 △月 △日交付分

昭和・平成・令和　　年　月　日交付分

昭和・平成・令和　　年　月　日交付分

昭和・平成・令和　　年　月　日交付分

6. 理　　由

○○の申請

に必要なため

注：本人確認できる書類（免許証・身体障害者手帳等）の写しを添付してください。
18 歳未満の方は、請求者が保護者になります。その場合は、健康保険証や運転免許証など手帳所持者の保護者であることを証明できるものも併せて添付してください。