

別紙様式 1

身体障害者手帳英訳証明申請書

年 月 日

千葉県健康福祉部障害者福祉推進課長 様

請求者氏名 _____

下記の身体障害者手帳について、英訳証明書の交付を依頼します。

記

1 申請者（手帳所持者本人）について

居住地：

ふりがな：

氏名：

→ローマ字での氏名の表記を記載してください。

()

生年月日： 年 月 日生

請求者との続柄： 本人 保護者 その他 ()

2 手帳記載内容

手帳番号	県第	号	交付年月日	年	月	日
障害名			〔 等級 級 種別 種 〕			

- * 証明書の交付は、お住まいのある市町村窓口を經由して行います。
- * 身体障害のある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。
- * 代理で申請される場合は、①身体障害者本人からの委任状、②請求者の住民票、③請求者の身分証明証の写しも併せて御提出ください。