

身体障害者手帳交付申請（届）書

平成 年 月 日

福島県知事

(市町村受付)

県障がい者総合福祉センター受付

住所 _____

氏名 _____ (印)

※ 本人自筆による署名の場合、押印の必要はありません

下記のとおり申請（届出）します。

申請・届出事項 (該当する項目を○で囲んでください)

新規申請	・ 新規申請		
再交付申請	・ 障害名・障害程度の変更	・ 亡失・き損	・ その他 ()
居住地変更	・ 居住地変更(県内)	・ 県内転入	
氏名変更	・ 本人氏名変更	・ 保護者(氏名)変更	
返還	・ 死亡	・ 非該当	・ その他 ()

I 本人の住所・氏名

郵便番号 _____

フリガナ _____

住所 _____

電話 () _____ **本籍地の都道府県**

フリガナ _____ (都道府県)

氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 ・ 明治 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

保護者氏名 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください)

保護者

フリガナ _____

氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

本人との続柄 [・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父母]
[・ 施設長 ・ その他 ()]

II 手帳交付番号等 (新規申請以外の場合は記入してください)

手帳交付番号 :	都道府県・市 (支庁) 第 _____ 号	交付年月日 :	昭和・平成 年 月 日
種別 :	種 障害名 :		
等級 :	級		

III 旧住所・旧氏名 (居住地変更及び氏名変更の場合は記入してください)

旧住所 :	変更年月日 :	昭和・平成 年 月 日	手帳記載 処理済印
旧氏名 :	変更年月日 :	昭和・平成 年 月 日	

IV 返還 (返還の場合は記入してください)

返還理由発生日 : 昭和・平成 年 月 日