身体障害者手帳交付申請（届）書

　　　年　　　月　　　日

県障がい者総合

福祉センター受付

（市町村受付）

福島県知事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 氏名 |  |  |

　※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

保 護 者 氏 名

（本人が15歳未満の児童の場合の記入してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 |  | | | － | |  | | | | | | |  | | | | | |
|
| フリガナ |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 電話 | （　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | （ 男 ・ 女 ） | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  | |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | | | |
| フリガナ |  | |  |
| 氏名 |  | | （　男 ・ 女　） |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 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： |  | 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： |  | 年 月 日 | 手帳記載  処理済印 |
| 旧氏名： |  | 変更年月日： |  | 年 月 日 |  |

Ⅳ　返還　（返還の場合は記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 返還理由発生年月日 ：　　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | |