

身体障害者手帳交付申請（届）書

年 月 日

福島県知事

市町村受付印

県障がい者総合福祉
センター受付印

住所

氏名

下記のとおり申請（届出）します。

申請・届出事項（該当する項目の□に✓を付けてください）

新規申請	<input type="checkbox"/> 新規申請		
再交付申請	<input type="checkbox"/> 再認定	<input type="checkbox"/> 障害程度の変更	<input type="checkbox"/> 障害名の追加
居住地変更	<input type="checkbox"/> 亡失	<input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> その他（ ）
氏名変更	<input type="checkbox"/> 居住地変更（県内）	<input type="checkbox"/> 県内転入（県内中核市からの転入を含む）	
返還	<input type="checkbox"/> 本人氏名変更	<input type="checkbox"/> 保護者（氏名）変更	
	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> その他（ ）

I 本人の住所・氏名等

住民票の住所と援護市町村が異なる場合

郵便番号 _____ - _____
フリガナ _____
保護者氏名 _____
住（本人が18歳未満の児童の場合のみ記入してください）
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 _____

（援護市町村： _____）

フリガナ _____
氏名 _____
本人との続柄 父 母 兄弟姉妹 祖父母
施設長 その他（ ）

の場合は記入してください

手帳交付番号： 号	都道府県・市（ ）第 _____号	初回交付年月日： 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： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	返還理由発生日： 年 月 日
--	-------------------

受付市町村 確認欄	<input type="checkbox"/> 本人申請	身元確認 番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証等
	<input type="checkbox"/> 代理申請	代理権確認 番号確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本、委任状等 <input type="checkbox"/> 身元確認 (代理人の) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証等
		(本人の) <input type="checkbox"/> 個人番号(通知)カード又はその写し <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等	