

身体障害者手帳交付申請（届）書

年 月 日

福島県知事様

（市町村受付）

（県障がい者総合福祉センター受付）

住 所

氏 名

※本人直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	・本籍地の都道府県
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

氏 名

生年月日

個 人 番 号

（ ）

（ ）

（男・女）

（ ）

（ ）

（ ）

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

生年月日

本人との続柄

（男・女）

（ ）

（ ）

（ ）

（ ）

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）

返還理由発生年月日： 昭和・平成 年 月 日 |