

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

㊟

※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		・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	・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

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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）

保護者

フリガナ _____

氏名 _____ (男・女)

生年月日 明治・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）

返還理由発生前年月日： 昭和・平成 年 月 日