

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)

〔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 () _____
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 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)

返還理由発生日： 年 月 日