

# 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
	<input type="checkbox"/> 亡失	<input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> その他（ ）
居住地変更	<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）	
氏名変更	<input type="checkbox"/> 本人氏名変更	<input type="checkbox"/> 保護者（氏名）変更	
返還	<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  
（援護市町村： ）

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み記入してください）  
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（ ）

## 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（ ）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（ ）	返還理由発生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
---	------------------------------------

受付市町村 確認欄	<input type="checkbox"/> 本人申請	身元確認	<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	
		番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等	
	<input type="checkbox"/> 代理申請	代理権確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本、委任状等	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	
		番号確認	（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			