

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	☐ 新規申請		
再交付申請	☐ 再認定	☐ 障害程度の変更	☐ 障害名の追加
	☐ 亡失	☐ き損	☐ その他（ ）
居住地変更	☐ 居住地変更（県内）	☐ 県内転入（県内中核市からの転入を含む）	
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：	☐ 死亡 ☐ その他（ ）	返還理由発生年月日：	年 月 日
----------	---	------------	-------

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