

# 身体障害者手帳交付等申請（届）書

（あて先）  
滋賀県知事

年 月 日

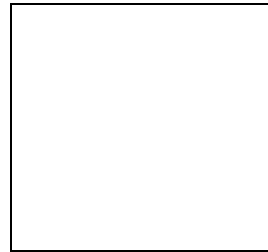
〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

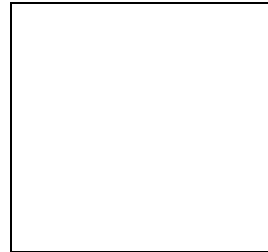
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり申請（届出）します。



(県受付)



(市町受付)

**写 真**  
4 cm × 3 cm  
上半身脱帽  
近影正面向き  
1年以内に撮ったもの  
**(裏面に氏名記入)**  
貼らないでください

**(1) 申請・届出事由**（該当する項目を○で囲んでください。）

1 新規申請	
再交付申請	2 障害名追加 ・ 障害程度変更 ・ 再認定 ( 年 月 ) 3 紛失 ・ 破損 ・ 汚損 ・ その他 ( )
居住地変更	4 本人居住地変更(県内) ・ 保護者居住地変更 5 本人県内転入 6 本人県外転出
氏名変更	7 本人氏名変更 ・ 保護者(氏名)変更
旧住所・旧氏名	(変更年月日 年 月 日)
返 還	8 死亡 ( 年 月 日 ) ・ 非該当 ・ その他 ( )

**(2) 本人氏名・住所等**

フリガナ			性 別	1 男 2 女
氏 名	(氏)	(名)	生年月日	1 大正 3 平成 年 月 日 2 昭和 4
個人番号				
住 所	市 町 (丁目・番地) 郡			

**(3) 保護者氏名等**（本人が15歳未満の児童の場合記入してください。）

フリガナ		続	1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母
(氏)	(名)	柄	5 他の親族 6 児童福祉施設長 7 里親 8 その他
住 所	1 同居 (2の場合) 2 別居 (記入)	市 町 (丁目・番地) 郡	

**(4) 現手帳交付番号等**（新規申請以外は記入してください。）

交付番号	都・道 府・県	・市 第 号	初回交付年月日 年 月 日
			直近交付年月日 年 月 日
等級 級	障 害 名		
種別 種			

注 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

(市町担当課記載事項)

更生医療申請予定	0 なし 1 あり	更生医療開始予定日	年 月 日
----------	-----------	-----------	-------