

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

TEL (　　)

下記のとおり申請（届出）します。

(県受付)

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

(市町受付)

(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 | |
| 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 | 2 大正 4 平成 3 昭和 5 令和 | 年　月　日 |
| 個人番号 | （〒　　−　　） | | | | |
| 住 所 | | | | | |
| | | | | | |

(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 柄 5 他の親族 6 児童福祉施設長 7 里親 8 その他 |
| (氏) | (名) | |
| 住 所 | 1 同居 2 別居 (記入) | (〒　　−　　) |

(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