

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）

（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	2 大正 4 平成 年 月 日 3 昭和 5 令和
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 の場合 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
----------	-----------	-----------	-------