

身体障害者手帳交付等申請（届）書

（あて先）

滋賀県知事

日付は提出窓口で記入

年 月 日

〒 —

住 所

氏 名

T E L

本人が15歳未満の場合、
申請者は保護者

()

下記のとおり申請（届出）します。

(県受付)

(市町受付)

写 真

4cm×3cm

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写真の要件は
下記をお読み
ください

（1）申請・届出事由

1～8の番号ではなく項目名を○で囲む

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
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	住所や氏名は、住民基本台帳と同一の表記、 旧字体・外字で表記をする場合、分かるように記載		2 大正 4 平成
個人番号	(〒 —)	3 昭和 5 令和	年 月 日
住 所			該当箇所に○

（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	続柄	1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母
住所や氏名は、住民基本台帳と同一の表記、 旧字体・外字で表記をする場合、分かるように記載		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)

（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
			直近交付年月日
等級	級	障 害 名	
種別	種	記入	

現在、手帳をお持ちの方は、
手帳の交付番号を記入

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

【写真に係る留意事項】

※（網掛け項目は身体障害者福祉法施行規則第2条に規定）

① サイズ：縦4cm×横3cm

少なくとも縦3cmないと刻印が押せません。
顔が極端に大きすぎる写真も不可。

② 脱帽であること

③ 上半身を写したもの

④ 身体障害者手帳申請の時から1年以内に撮ったもの

現在と面影が違うものは不可。

⑤ 正面向き

⑥ 顔がはっきりわかるもの

帽子、サングラス等を付けているもの、顔がはっきり確認できないもの（ぼやけている、小さすぎる等）は不可。ただし申請しようとしているもしくは認定を受けている部位に関係ある場合はよい。

（例）網膜色素変性症を治療中の方の色の濃い眼鏡の場合

⑦ 写真用紙などの厚みのある紙

ポラロイド写真、シールタイプの写真、写真のカラーコピー、普通紙にプリントアウトしたものは不可。（刻印を押したときに破れてしまうため）