

身体障害者手帳交付等申請 (届出) 書 (15歳以上)

申請者

ふりがな											
申請(届出)者氏名											
居住地	〒										
個人番号											
電話番号	-										

福井県知事 様
次のおり申請 (届出) します。

1 欄 [申 請]

申請の種類	新規交付 再交付 その他 ()	申請の理由 (理由に○をつけて下さい。)	1.障害程度変更のため 2.障害内容追加のため 3.破損(汚損)のため 4.紛失のため 5.再認定のため 6.その他のため ()	既交付手帳の内容		
				手帳番号	福井県第 号	
				年	月	日交付
				種 級		
備考				障害名		

2 欄 [届 出]

1.居住地変更 2.氏名変更		3.返還 4.その他 ()		既交付手帳の内容	
居住地または氏名変更年月日	年 月 日	返還の理由	死亡その他	手帳番号	福井県第 号
				年 月 日交付	
				種 級	
変更前の住所				障害名	
変更前の氏名				死亡等の年月日	年 月 日
その他の届出	お届けの内容をご記載ください。			摘要	

備考 死亡による返還の場合、摘要欄に死亡した障害者の氏名を記入してください。

※処理 (記入しないでください。)

市 町 記入欄	番号確認	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	本人確認	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()			
手帳番号	福井県第 号	手帳交付年月日	年	月	日