

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	生年月日 年 月 日											
居住地	〒											
個人番号												
電話番号	- -											

福井県知事 様
次のとおり申請（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	
年金： 公的年金 障害年金 他:			免許： 有 無		入院入所施設名:

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	☐ 番号カード ☐ 個人番号通知書 ☐ 住民票 ☐ その他()			
	本人確認	☐ 番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 学生証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他 ()			
手帳番号	福井県第 号	手帳交付年月日		年 月 日	