

支 所 受 付

地区保健福祉センター受付

障がい福祉課受付

--

--

--

身体障害者手帳交付申請書
 身体障害者居住地等変更届
 身体障害者手帳再交付申請書
 身体障害者手帳返還届

年 月 日

いわき市長 様

住所
 申請者(届出)者
 氏名

1 申請又は届出事項 (該当する項目の□に✓を付けてください。)

新規申請	<input type="checkbox"/> 新規申請		
再交付申請	<input type="checkbox"/> 程度変更(再認定含む)	<input type="checkbox"/> 亡失又はき損	<input type="checkbox"/> その他 ()
居住地変更	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 転入	
氏名変更	<input type="checkbox"/> 本人氏名変更	<input type="checkbox"/> 保護者(氏名)変更	
返還	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> その他 ()

2 住所、氏名等 (保護者の欄は、本人が15歳未満の児童の場合に限り記入してください。)

本人	住所	いわき市		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
			個人番号	
保護者 ※15歳未満 の場合記入	氏名		生年月日	年 月 日
	続柄等	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> その他 ()		

3 手帳交付番号等 (新規申請以外の場合は、必ず記入してください。)

手帳交付番号	都・道・府・県・市 第 号		
手帳交付年月日	年 月 日	等級	種 級
障害名			

4 変更前の居住地及び氏名 (居住地又は氏名を変更した場合に限り記入してください。)

旧住所	変更年月日	年 月 日	※手帳 記載処 理済印
旧氏名	変更年月日	年 月 日	

5 手帳返還 (身体障害者手帳を返還する場合に限り記入してください。)

返還理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()
返還理由発生日	年 月 日