

身体障害者手帳交付申請書

| | |
|---|-------------------------|
| 平成 年 月 日 | |
| 本籍地 | _____ |
| 居住地 | _____ |
| 電話番号 | _____ |
| 職業 | 会社員 公務員 無職 その他() _____ |
| ※教育(児童のみ記入) | _____ |
| ふりがな | () _____ |
| 氏名 | _____ ㊦ |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 |
| <p>15歳未満の児童</p> <p>教育※</p> <p>ふりがな</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">昭和・平成 年 月 日生</p> | |
| 北海道知事様 | |
| 私、身体障害者福祉法15条に規定により、身体障害者手帳を交付願いたく関係書類を添えて申請いたします。 | |

(備考)

- 1 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。
この場合には、児童の氏名及び生年月日を口欄に記入してください。
- 2 ※は18未満の児童についてのみ記入してください。

身体障害者手帳再交付申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|------|---|--------------------|------|----------|------|----|-------|---|---|---|---|
| | | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| 居住地 | _____ | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | (_____) | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | _____ ㊟ | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 生 | | | | | | | | |
| 続柄 | _____ 男・女 | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td>15歳未満の児童</td></tr><tr><td>ふりがな</td></tr><tr><td>氏名</td></tr><tr><td>昭和・平成</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td><td>生</td></tr></table> | | | | | | 15歳未満の児童 | ふりがな | 氏名 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 生 |
| 15歳未満の児童 | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 生 | | | | | | | | | |
| 北海道知事様 | | | | | | | | | | | | | |
| 私は先に身体障害者手帳の交付を受けましたが | | | | | | | | | | | | | |
| 〔紛失 破損し使用に耐えられないので 障害程度が変化しましたので〕 | | 再交付を | | 〔旧手帳 写真 診断書〕 | | | | | | | | | |
| を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 旧手帳番号 | 北海道 | 第 | 号 | | | | | | | | | | |
| | | (| 年 | 月 | 日交付) | | | | | | | | |

(備考)

- 1 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。
この場合には、児童の氏名及び生年月日を口欄に記入してください。
- 2 不要の文字は抹消してください。

身体障害者(児)居住地(氏名)変更届

年 月 日

北海道知事殿

氏名
ふりがな 印

わたくしは 年 月 日下記のとおり(居住地)氏名を変更しましたからお届けします。

記

1 新居住地

旧居住地

2 新氏名 ()
ふりがな

旧氏名 ()

3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

| 手帳番号 | 交付年月日 | 障害名 | 等級 | 児童との続柄 | 備考 |
|------|-------|-----|-----|--------|----|
| 第 号 | 年 月 日 | | 種 級 | | |

年 月 日身体障害者手帳記載済 担当者 印

第 号
年 月 日

北海道知事殿

印

上記のとおり身体障害者居住地(氏名)の変更届出があつたので通知します。

- 備考 1 児童の場合は2の欄()内に児童の氏名を記入すること。
2 不用の文字はまつ消すること。

身体障害者手帳返還届

住所

ふりがな

氏名



北海道知事様

下記の者、 のため身体障害者手帳を返還いたします。

記

住所

氏名

| | | | | | | | |
|------|-------|---|-------|----|---|---|---|
| 手帳番号 | 北海道 第 | 号 | 交付年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|------|-------|---|-------|----|---|---|---|

| | |
|-----|--|
| 障害名 | |
|-----|--|

第 号

平成 年 月 日

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。

中川町長 亀井義昭

北海道知事様