

*

決定等級	交付年月日	交付番号	備考
級 種	年 月 日	島根県第 号	

交付
身体障害者手帳 申請書
再交付

年 月 日

島根県知事様

身体障害者手帳の交付を申請します。

のりづけ
写真添付 上半身、脱帽、正面 1年以内の写真 横 3cm 縦 4cm (裏に氏名を記入)

申請事由	10新規申請
	20障害変更 21再認定 30破損 31紛失 32その他

本人氏名・住所等

※

居住地																				
	郵便番号	-	電話番号	()																
(ふりがな)																				
氏名	Ⓜ 性別 1男 2女																			
生年月日	明治	大正	昭和	平成	年	月	日生													
個人番号																				

保護者氏名等(本人が15歳未満の児童の場合のみ)

※

居住地	1同居 2別居 (別居の場合のみ)																			
	郵便番号	-	電話番号	()																
(ふりがな)																				
氏名	Ⓜ																			
続柄	1父 2母 3祖父 4祖母 5兄 6姉 7おじ 8おば 9施設長 10その他																			

手帳交付番号等(新規申請以外の場合は記入すること。)

現在持っている身体障害者手帳の内容	手帳番号	県第 号(年 月 日交付)
	等級	級 種
	障害名	

- (注) 1 * 欄と※欄は、申請者は記入しないこと。
 2 該当する番号を○で囲むこと。
 3 診断書を添付すること。
 (左上方をのりづけすること。)
 4 本人及び保護者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
 5 ※欄は、市町村でコード番号を記入すること。

市町村受付日	心体相受付日	受付番号