

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

年 月 日

（宛先）旭川市長

次のとおり申請（届出）します。

① 該当する項目を選択してください。

届出事由	交付	<input type="checkbox"/> 新規交付		
	変更	<input type="checkbox"/> 居住地変更	<input type="checkbox"/> 氏名変更	
	再交付	<input type="checkbox"/> 障害の追加・程度の変更	<input type="checkbox"/> 汚損・破損	<input type="checkbox"/> 紛失
	返還	<input type="checkbox"/> 資格喪失	<input type="checkbox"/> 死亡	

② 全ての申請・届出で記入してください。

交付対象者	ふりがな				
	氏名			生年月日	年 月 日
	居住地	〒 - 連絡先			
	個人番号				

③ 交付対象者が15歳未満の場合に記入してください。

保護者	ふりがな				
	氏名	続柄()		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 <input type="checkbox"/> 上に同じ - 連絡先			

④ 交付対象者（15歳未満の場合は保護者）の居住地以外の送付先を希望する場合に記入してください。

送付先	〒 -
-----	-----

⑤ 新規交付以外の場合に記入してください。

手帳体の障害内容	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
	障害名			
		総合等級	種	級

⑥ 居住地変更、氏名変更の場合に記入してください。

届出の区分	変更前（旧）	変更後（新）
居住地変更		変更年月日 年 月 日
		変更年月日 年 月 日
氏名変更		変更年月日 年 月 日
		変更年月日 年 月 日

⑦ 交付対象者の死亡による返還の場合に記入してください。

死亡年月日	年 月 日
-------	-------

⑧ 交付対象者、保護者以外の方が窓口に来た場合は氏名、住所等を記入してください。

窓口に来た者	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	ふりがな			
	住所(所在地)	〒 - 連絡先		

※市記入欄

再認定