

*

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	

身体障がい者手帳 交付 申請書
再交付

年 月 日

島根県知事様

身体障がい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 障がい変更 21 再認定 30 破損 31 紛失 32 その他

本人氏名・住所等

居住地	※										3	2

郵便番号 電話番号 ()

(ふりがな)

氏名

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生

個人番号

個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。
※記入いただいた情報は、個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためのみ使用します。

保護者氏名等(本人が15才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)	※
(ふりがな)		

氏名

続柄

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がい者手帳の内容	手帳番号	第 号 (年 月 日交付)
	等級	級 種
	障がい名	

- (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 写真について宗教上又は医療上の理由のある場合は、顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認めるものとする。
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