

様式第2号

# 身体障害者手帳交付等申請（届）書

（あて先）

大津市長

年 月 日

〒

住所

氏名

電話番号

下記のとおり申請（届出）します。

手帳は、原則本人住所に送付いたします。

別途ご希望がある場合には、右欄にご記入ください。

写 真

縦4cm×横3cm

上半身脱帽

近 影

1年以内に撮ったもの

裏面に氏名を記入し、セロハン

テープでとめてください。

手帳送付先 〒

住所

氏名

（続柄）

電話番号

（1）申請・届出事由（該当する項目を○で囲んでください。）

1 新規申請	
再交付申請	2 障害名追加・障害程度変更・再認定（ 年 月） 3 紛失・破損・汚損・その他（ ）
居住地変更	4 本人居住地変更（市内転居）・保護者居住地変更 5 本人市内転入 6 本人市外転出
氏名変更	7 本人氏名変更・保護者（氏名）変更
旧住所・氏名	（変更年月日 年 月 日）
返 還	8 死亡（ 年 月 日）・非該当・その他（ ）

（2）本人氏名・住所等（楷書でご記入願います）

フリガナ		生年月日	年	月	日
（氏）	（名）				
住所	大津市				
個人番号（マイナンバー）					

（3）保護者氏名等（本人が15才未満の児童の場合記入してください。保護者の個人番号は不要です。）

フリガナ		続	1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母			
（氏）	（名）	柄	5 他の親族 6 児童福祉施設長 7 里親 8 その他			
住所	1 同居（2の場合） 大津市 2 別居（記入）					

（4）現手帳交付番号等（新規申請以外は記入してください。）

交付番号	都・道 府・県	・市 第 号	初回交付年月日	年	月	日
			直近交付年月日	年	月	日
等級	級	障 害 名				
種別	種					

（以下記入の必要はありません）

更生医療申請予定	0 なし	1 あり	更生医療開始予定日	年	月	日
----------	------	------	-----------	---	---	---