

様式第2号

記入例

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 大津市●●●▲丁目■番●号

氏 名 大津 太郎

電話番号 077-▲▲▲-■●●●

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。

この写真を手帳に  
使用します

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

手帳の送付先がご本人  
の住所ではない場合、  
ご記入ください

今回ご申請の事由について、該当  
するところに○を付けてください

（2）本人氏名・住所等（楷書でご記入願います）

フリガナ <b>オオツ</b>	<b>タロウ</b>	生年月日 昭和●●年 ●月 ●日
（氏） <b>大津</b>	（名） <b>太郎</b>	
住所 大津市 ●●●▲丁目■番●号		
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）	里親 8 その他
住所 1 同居（2の場合） 2 別居（記入）	大津市	

ご本人が15歳未満の場合  
ご記入ください

（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・市 第 号	初回交付年月日 年 月 日
等級 級	府・県	日
種別 種	障 害 名	

新規申請以外は、今お持ちの身体  
障害者手帳の番号などをご記入  
ください

（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
----------	------	------	-----------	-------