

※市町村記入欄

進達 回		地区コード		整理番号					
---------	--	-------	--	------	--	--	--	--	--

※市町村記入欄

交付手帳番号 神奈川県 第	号
------------------	---

身体障害者手帳交付等申請（届出）書

希望する手帳の種類に○印	
紙	カード

神奈川県知事 殿

令和 年 月 日申請(届出)	
申請者	居住地 (〒 -)
	氏名
	本人との 続柄

次の通り申請(届出)します。

申請(届出)事由		あてはまるもの全てに○印↓		コード
新規申請				10
再交付申請	診断書あり	等級変更		23
		障害名追加 再認定		
再交付申請	診断書なし	紛失 破損等		20
		居住地・氏名 等変更届	市町村内転居 市町村間転居 氏名・保護者等変更	
転入届(横浜・川崎・横須賀・相模原等から)				40
転出届(横浜・川崎・横須賀・相模原等へ)				50
返還届				60
カード形式の手帳への切り替え				90

本人について。

フリガナ		生年月日	性別
(氏)	(名)	明治 昭和 大正 平成 令和 年 月 日	男 女
個人番号			
現在の居住地 (転出の場合は転出先)	(〒 -)	電話() -	
手帳返還又は紛失理由()		事由発生年月日	令和 年 月 日

保護者について。(本人が15歳以上の場合、記入不要)

保護者 氏名	フリガナ	続柄(○で囲む)
(氏)	(名)	1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母 5 その他()

居住地・氏名等変更、転入出の場合、以前のことについて。(変更箇所だけを記入してください)

今までの 居住地	(〒 -)		
本人 旧氏名	フリガナ	保護者 旧氏名	フリガナ
	(氏)	(名)	(氏)
変更(転入出)年月日	年 月 日		

既に持っている手帳について。

手帳交付機関	手帳番号	種	級	初回交付年月日	
都・道・府 県・市	第 号			昭和 平成 令和 年 月 日	
障害種別 (該当する障害を○で囲む。障害毎に別欄で記入)		内容		障害 等級	等級変更 希望(○印)
視覚 聴覚 平衡 音声 言語 肢体 心臓 腎臓 呼吸 膀胱 腸 小腸 免疫 肝臓		そし やく			
視覚 聴覚 平衡 音声 言語 肢体 心臓 腎臓 呼吸 膀胱 腸 小腸 免疫 肝臓		そし やく			
視覚 聴覚 平衡 音声 言語 肢体 心臓 腎臓 呼吸 膀胱 腸 小腸 免疫 肝臓		そし やく			

右欄のうち該当する項目を
○で囲んでください

1 ()回で、却下/返戻 されたため再申請	2 点字カバー希望	3 更生医療同時申請
---------------------------	-----------	------------

※市町村使用欄

(備考) 診断書年月日 令和 年 月 日

センター受付印

市町村受付印