申請	記入箇所	届	記入箇所
□交付(新規)	1	□市内転居	1～3
□再交付(等級変更)	1、2	□転入	1～3
□再交付(障害追加)	1、2	□転出	1～3
□再交付(紛失)	1、2	□氏名変更	1、2、4
□再交付(破損・写真張替)	1、2	□返還	1、2、5
※交付(新規)・紛失・返還以外は手帳のコピーが必要です。			

写　真
縦4cm×横3cm
脱帽・上半身

※原則として、1年以内に撮影したもの
※セロテープで仮止め

身体障害者手帳交付等申請（届）書

のり付けはしないでください。
写真裏面に氏名を書いてください。

豊　中　市　長　　様

下記のとおり申請（届出）します。

1	申請(届)者	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞		電話番号	
	障害者本人	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	男　・　女
					生年月日	年　月　日
		現住所	豊中市		電話番号	
		個人番号				
	交付決定通知送付先	□本人あて				
		□申請(届)者あて □それ以外	氏名			
			住所	〒		
2	手帳番号		第　　号	交付年月日	年　月　日	
	障害名	□別紙手帳写しのとおり			等級 種別	級 種
3	旧住所 もしくは 転出先住所					
4	旧氏名					
5	返還理由	□死亡(　　年　月　日死亡)　□非該当　□それ以外(　　)				

身体障害者手帳の申請にあたり、決定のため必要な場合は、豊中市長が、私の個人番号および住民基本台帳等を閲覧することについて同意します。また、転入の場合は、私の従前の居住地から、身体障害者手帳交付にかかる診断書の写し等を取り寄せることについて同意します。

（本人氏名）　　㊞　（生年月日）　　年　　月　　日

― ― ― 受付者確認欄　受付者は必ず記入すること ― ― ― ― ―

1．転居・転出・返還の方について、居住地・ご利用中の制度の確認		□済
2．自立支援医療（更生）同時申請の有無	□有（開始予定：平成　　年　　月　　日） □無	
3．新たに1・2級となられる方へ障害者医療(老人医療含む)のご案内		□済 □不要

受　付　印
受付者名：