

申請	記入箇所	届	記入箇所
☐ 交付(新規)	1、6	☐ 再認定	1、2、6
☐ 再交付(等級変更)	1、2、6	☐ 市内転居(居住地特例)	1～3、6
☐ 再交付(障害追加)	1、2、6	☐ 転入	1～3、6
☐ 再交付(紛失)	1、2、6	☐ 氏名変更	1、2、4、6
☐ 再交付(破損・写真張替)	1、2、6	☐ 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。

年 月 日

1	申請(届)者 ※本人が15歳未満の場合は保護者氏名 保護者住所必須	氏名	フリガナ	続柄	電話番号	
	障害者本人	氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
		現住所 住民登録地	豊中市	☐ 自宅 ☐ 施設	電話番号	☐ 同上
		居住地(住民登録地以外の場合のみ記載)※確認できる書類及び連絡先必要。				
		個人番号(マイナンバー)				
	手帳の受取	☐ 郵送受け取りを希望		☐ 窓口での受け取りを希望		
	手帳/交付決定 通知送付先	☐ 本人あて	☐ 左記以外	氏名	続柄	
		☐ 申請(届)者あて	送付先			
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	☐ 自宅 ☐ 施設(居住地特例)				
4	旧 氏 名					
5	返 還 理 由	☐ 死亡(年 月 日死亡) ☐ 非該当 ☐ それ以外() ※手帳コピー受け取り確認(署名 本人との関係)				
6	身体障害者手帳の申請にあたり、豊中市が、本人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、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。 ☐ はい (□にチェックしてください)					

受付担当者確認欄

受付者は必ず記入すること

1. 転入の方	居住地、異動日確認 ☐ 済	障害者医療証ご案内 ☐ 済 ☐ 不要
2. 自立支援医療(更生) 同時申請の有無	☐ 有(開始予定: 年 月 日) ☐ 無	
3. 新たに1・2級となられる方へ、障害者医療のご案内 ※障害者本人が18歳までの子どもの場合は案内不要	☐ 済 ☐ 不要	
3-1.療育手帳の所持(B1+身障3～6級は障害者医療対象)	☐ あり(A・B1・B2) ☐ なし	
4. 手帳郵送希望の場合、障害者福祉の手引き	☐ お渡し済	

受 付 印

受付者名：