

身体障害者手帳交付申請書
身体障害者手帳再交付等申請書（届）

（宛先）さいたま市長

年 月 日

住所

氏名

電話番号

□身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく関係書類を添えて申請します。

□次のおり申請（届出）します。

申請・届出事由（該当する項目の数字を○で囲んでください。）

再交付申請	11	障害名・程度の変更	16	再認定	12	紛失	13	破損	14	その他（	）
居住地変更	7	本人居住地変更（市内）	8	保護者居住地変更	6	本人市内転入	20	本人市外転出			
氏名変更	15	本人氏名変更	9	保護者（氏名）変更							
返 還	21	死亡	22	非該当	23	その他（					
項目番号6～9で手帳作成 不要 必要											

本人氏名・住所等

フリガナ				性 別
氏 名				生年月日
住 所				
本籍地	都道府県	個人番号		
療育手帳	特定疾患医療受給者証	無 有	被爆者健康手帳	無 有

保護者氏名等（本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。）

フリガナ	性別	続柄
氏 名	生年月日	
住 所		
同居・別居		

手帳交付番号等（新規申請以外は記入してください。）

手帳交付番号	交付年月日
等級	障害名
種別	

旧住所・旧氏名等（居住地変更、氏名変更、返還の場合は記入してください。）

旧住所	
旧氏名	変更（返還）年月日 年 月 日

身体障害者手帳新規・再交付申請決定伺

担 当				所 長	起案
					決裁

処 理 区 分	交付者コード	枝番	交 付 番 号				交付・再交付年月日				等級	種別			
										年号	年	月	日		

障 害 区 分 ・ 等 級											
区分	級	区分	級	区分	級	区分	級	区分	級	区分	級

障 害 名			

備考欄

視 覚	
右	左

(本庁受付)	(区受付)

聴 覚	
右	左