

身体障害者手帳関係届出書

令和 年 月 日

北海道知事 様

届出者

氏名				
住所				
電話番号	()			
	自宅	携帯	勤務先	その他 ()
区分	本人	配偶者	保護者	子 その他 ()

身体障害者手帳について、次のとおり届け出ます。

身体障害者手帳	交付を受けている者	フリガナ											
		氏名											
		個人番号											
		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢						歳
		居住地	〒	電話 - -									
	交付を受けている内容	手帳番号	第			号	種別						種級
		交付年月日	昭・平・令	年	月	日	等級						級
		障害名											
	保護者 ※15歳未満の児童	フリガナ					続柄	生年月日					
		氏名						昭・平・令	年	月	日		
現住所		〒											
届出の内容	届出の事由		変更（氏名 居住地 保護者 その他（ ）） 返還（非該当 死亡 再交付 その他（ ））										
	異動年月日		令和 年 月 日										
	変更の内容	氏名					保護者						
		居住地	〒										
その他													

注1 届出者の電話番号欄及び区分欄並びに届出の内容欄中の届出の事由欄は、該当項目に○を付すこと。
 2 身体障害者手帳欄中の保護者欄は、手帳の交付を受けている者が15歳未満の場合に記入すること。

備考		福祉事務所・町村收受印欄	道收受印欄

個人番号確認

カード 住民票 住基確認（同意 有・無）