

身体障害者手帳関係届出書

令和 年 月 日

北海道知事 様

氏 名	
住 所	
電話番号	() 自宅・携帯・勤務先・その他 ()
区 分	本人・保護者・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	年	月	日	年齢	歳
		居住地	〒				
	交付を受けている内容	手帳番号	北海道 第 号	交付年月日	年	月	日
		等 級	級	種 別	種		
		障 害 名					
	保 護 者	フリガナ					
		氏 名					
生年月日		年	月	日	続柄		
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		年 月 日				
	変更の内容	氏 名					
		居住地	〒				
保護者							
	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	市町村コード: 1545 市町村名: 斜里町 (総合)振興局名: オホーツク
--------	--

福祉事務所・町村收受印欄	道收受印欄