

写真の大きさ
縦4cm×横3cm
(上半身・無帽)
ここに貼付しない
こと。

県收受印	福祉事務所收受印	町村收受印	受理番号
			更生医療
			手術年月日 年 月 日

(様式第4号) (第6条関係)

身体障害者手帳再交付申請書							
			年 月 日				
長野県知事 殿							
居住地							
ふりがな 氏 名	年 月 日生		連絡先 ()				
個人番号							
続 柄 (ただし、15歳未満の児童の場合)							
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 60%;">15歳未満の ふりがな 児童の 氏名</td> <td style="width: 40%;">年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> </tr> </table>				15歳未満の ふりがな 児童の 氏名	年 月 日生	個人番号	
15歳未満の ふりがな 児童の 氏名	年 月 日生						
個人番号							
私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、下記理由により、再交付してください。							
記							
1 再交付申請理由							
(1) 障害程度が変更した。 (2) 紛失した。							
(3) 破損のため使用できない。 (4) その他 ()							
2							
旧手帳番号	県 第 号 ()	年 月 日交付)					
(旧)障害名		種	級				

- (備考)
- 1 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとする。
 - 2 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。この場合、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
 - 3 写真を添付すること。
 - 4 不要の文字は、抹消すること。

県記入欄		種	級

来庁 使者 郵送	番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載事項証明	代理権 確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人（ <input type="checkbox"/> 戸・ <input type="checkbox"/> 住・ <input type="checkbox"/> 成後・ <input type="checkbox"/> その他[]） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類 <input type="checkbox"/> 個カ・ <input type="checkbox"/> 免・ <input type="checkbox"/> バ・ <input type="checkbox"/> 在・ <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 他（ ）	確認者
身元 確認	本人・ 代理人	一号書類（1点で可） <input type="checkbox"/> 個カ・ <input type="checkbox"/> 免・ <input type="checkbox"/> バ・ <input type="checkbox"/> 在・ <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> その他（ ）	二号書類（2点以上） <input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 介・ <input type="checkbox"/> 受給証・ <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> その他（ ）	（左記との組合せで可とするもの） <input type="checkbox"/> 学証・ <input type="checkbox"/> 社証・ <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> その他（ ）	