

県収受印

市町村収受印

受理番号
更生医療 手術年月日
年 月 日

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(申請者)
住所 〒

写 真
縦4cm×横3cm 脱帽・上半身 半年以内 に撮影した ものを貼 付しないで 提出して ください

氏名

本人との続柄

電話番号

(*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

身体 障 害 者 本 人	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	居 住 地	〒		
	個 人 番 号			

既手帳交付内容

手帳番号		交付年月日	
等 級	種 級	再交付年月日	
障 害 名			

(*) 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保 護 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		本人との 続 柄	
	居 住 地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	電話番号	

私は、身体障害者福祉法施行規則第7条第1項及び第8条第1項の規定により、次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

理 由	1. 紛失	3. 障害程度の変更	5. 再認定
	2. 破損・汚損	4. 障害の追加	6. その他 ()

県 記 入 欄		級 種

市町村記入欄

記載の個人番号は本人のものと相違ありません。

①確認年月日 年 月 日

②確 認 者

③確認方法

マイナンバーカード その他()