

支所受付日(受付印)	本庁受付日(受付印)

身体障害者手帳再交付申請書

廿日市市長 様

年 月 日

私は身体障害者手帳の交付を受けていますが、次の理由により関係書類を添えて、再交付申請をします。なお、必要な場合は、医療機関等に診断内容等についての個人情報を照会することに同意します。

- 1 障害程度が変化した(再認定含む)。
- 2 新たな障害が生じた。
- 3 亡失した。
- 4 き損し使用に耐えない。

フリガナ
氏 名
生年月日 年 月 日生
個人番号

この部分をのり付けする
写 真 縦4cm×横3cm (写真の裏面に氏名及び撮影年月日を記入すること)

居住地 電話番号 - -
廿日市市

15歳未満の児童
フリガナ
氏 名
生年月日 年 月 日生
個人番号

市町村(※)	町・大字(※)

旧手帳内容記載欄

旧手帳番号	県・市 第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 名			
障害の程度	級	種	

(備考)

- 1 身体に障害のある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することになっています。この場合は、氏名、性別及び生年月日を「15歳未満の児童」欄に記入すること。
- 2 ※印欄は、交付決定機関において記入すること。
- 3 居住地又は氏名を変更している場合は、身体障害者居住地氏名変更届を必ず添付すること。
- 4 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。