

身体障害者手帳再交付申請書

水戸市長 様

年 月 日

申請者

住所 _____

氏 名 _____ 印

(※自署の場合は、押印は必要ありません。)

電話番号 _____

身体障害者手帳の再交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
手帳の再交付を受けた時又は紛失した手帳を発見した時は、既交付の手帳をすみやかに返還します。

第1欄 再交付申請の理由 (下記の該当するものに○をしてください。)

- 1 紛失 2 損傷 (棄損) 3 障害の程度変更 4 障害追加
5 再認定 (手帳の期限が定められている場合)

第2欄 手帳の再交付を受けたい方の住所、氏名等をご記入ください。

フリガナ		性別	申請者との関係
氏 名		男・女	個人番号
住 所	※手帳の交付を受けたい方が申請者本人の場合は、この欄の記入は不要です。		生年月日
			年 月 日
既交付の 身体障害 者手帳の 内 容	手帳番号	交付年月日	(旧) 種別等級
	第 号	年 月 日	種 級
障害名			
再認定の有・無 (有の場合は 年 月)			

受付年月日

--