

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(提出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

申請者 ※本人 又は本人が15歳に満たないときはその保護者

写 真
縦4cm×横3cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

フリガナ			生年月日	年 月 日
居 住 地	〒		<input type="checkbox"/> 提出者に同じ	
個人番号				

15歳未満の児童

フリガナ			生年月日	年 月 日
居 住 地	〒		<input type="checkbox"/> 提出者に同じ	
個人番号				

水戸市長 様

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 ()

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			

(備考)

◎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。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。

◎理由が「2. 破損・汚損」の場合は、個人番号は記入する必要はありません。