

身体障がい者手帳再交付申請書

年 月 日

小美玉市長 様

申請者 住 所

氏 名 印 電話番号

(※自筆による署名の場合は、押印は必要ありません。)

下記のとおり申請します。

第1欄 手帳の再交付を受けたい者の住所・氏名等を楷書ではっきり書いてください。

1 紛失		2 棄損		3 程度変更(障がいの程度が変わった場合)		4 障がい変更(新たな障がい追加になった場合)		5 再認定	
フリガナ						性別	生年月日		
氏 名						1 男	1 明治	年 月 日	2 大正
個人番号						2 女	3 昭和		
住 所									
身体障がい者手帳	手帳番号	都 道	府 県	第	号	交付年月日	年 月 日		旧種別等級
	旧障がい名								

第2欄 保護者続柄・氏名等を楷書ではっきり書いてください。(第1欄の者が15歳未満の児童の場合)

フリガナ						同居別居	続 柄			
氏 名						1 同居	A父	B母	C祖父	D祖母
住 所	※同居の場合は記入不用									

注意 1 身体に障がいのある15歳未満の児童についての手帳の再交付は、保護者等が代わって申請することになっています。この場合には、第2欄も記入してください。ただし、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童福祉施設に入所した児童については、当該里親又は児童福祉施設の長が代わって申請してください。

2 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

----- これより下は記入しないでください。 -----

実施機関コード	更生指導台帳番号								
					—				

市受付年月日

のりづけ
写真 (4cm×3cm)
脱帽のこと
裏面に市町村名、氏名を記入する。

身体障がい者手帳	
番 号	小美玉市 第 号
再交付日	年 月 日