

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

呉市長様

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、再交付の申請をします。

申請者 (氏名) 続柄 ()

連絡先 (電話番号) ()

(注)対象者が15歳未満の児童の場合は、申請者は保護者になります。

- | | |
|--------------|---------------|
| 1 障害程度が変化した。 | 3 亡失した。 |
| 2 新たな障害が生じた。 | 4 き損し使用に耐えない。 |
| 5 有期再認定 | |

〈対象者〉

フリガナ	
氏名	1 男 2 女
生年月日 大正・昭和 平成・令和	年 月 日生
個人番号	

写 真

(規格: 縦4cm・横3cm
の脱帽上半身)

(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

呉市

申請者電話番号と同じ 電話番号 — —

(注) 亡失の場合を除き、旧手帳の写しを添付してください。

〈保護者(15歳未満の児童の場合)〉

フリガナ	
氏名	1 男 2 女
生年月日 昭和・平成・令和	年 月 日生
対象者との続柄 ()	

受取通知の送付先	1 自宅 2 自宅以外 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> └── 電話 ─ ─ (続柄) ┌─────────┐ </div>		受付日 (受付印)
手帳の受取場所	1 障害福祉課 2 ()		

《担当者確認欄》

旧手帳番号	広島県・呉市 第 号		交付年月日	年 月 日	
障害の程度	級	障害名			(担当者印)
	種				