

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。
- 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。
- 5 有期再認定

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)

〈対象者〉

フリガナ	
氏 名	1 男 2 女
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 平成・令和
個人番号	
居住地	呉 市
<input type="checkbox"/> 申請者電話番号に同じ 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 〒 — (続柄) 電話 — —	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		