

身体障害者手帳 再交付 申請書

令和 年 月 日

居 住 地 青森県上北郡東北町

本 籍 地

氏 名 印

個人番号 - -

S・H・R 年 月 日 生

15歳未満の 児童氏名(ふりがな)	
個人番号	- -
生 年 月 日	H・R 年 月 日 生

青 森 県 知 事 殿

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、

- 紛失したため
- 破損し使用に堪えないため
- 障害程度が変更したため
- 障害名追加のため
- 再認定のため
- その他()

関係書類を添えて再交付申請します。

旧手帳番号	第	号
	(昭和 平成 令和	年 月 日交付)

- (注)
1. 身体に障害のある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る。この場合には児童の氏名、生年月日及び個人番号を口欄に記入すること。
 2. 不要の文字は、抹消すること。
 3. 障害程度及び障害名変更(追加)の場合は、診断書を添付して下さい。

