

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

居 住 地 〒

TEL

(フリガナ)

氏 名

印

生

個 人 番 号

15歳未満の児童

(フリガナ)

氏 名

生

個 人 番 号

兵 庫 県 知 事 様

私は先に身体障害者手帳の交付を受けましたが

〔 障害程度が変更しましたので
紛失しましたので
破損し使用に耐えられませんので 〕

関係書類をそえて再交付を申請します。

旧手帳番号

交付

旧手帳障害名

(備考)

- 1 身体に障害がある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口欄に記入してください。保護者の個人番号は記入する必要がありません。
- 2 不要な文字は抹消してください。
- 3 氏名については、記入押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。