

身体障害者(児)手帳再交付申請書

平成 年 月 日

居住地 〒
宝塚市

TEL () -

(ふりがな)
氏 名

印

明治
大正
昭和
平成

年 月 日 生

15歳未満の児童

(ふりがな)
氏 名

昭和
平成

年 月 日 生

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
破損し使用に耐えませんでした }

再交付願いたく旧手帳・関係書類をそ

えて申請いたします。

旧手帳番号 第 号 昭和 平成 年 月 日 交付

旧手帳障害名

種 級

- (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及び生年月日を□内に記入してください。
 - 2 不要の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でお願いします。