

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(あて先)秋田県福祉相談センター所長

住所

ふりがな
氏名

身体障害者との続柄 ()

(電話番号)

次のとおり身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行令第10条第1項の規定により、申請します。

ふりがな 氏名		個人番号	
現住所			
生年月日	年	月	日
手帳番号	第	号	
交付年月日	年	月	日
理由	1 障害程度の重大な変化 2 他の障害の発生 3 有期認定のため 4 身体障害者手帳の破損 5 身体障害者手帳の紛失		

湯福第 号
令和 年 月 日

秋田県福祉相談センター所長 様

湯沢市福祉事務所長 印

上記のとおり身体障害者手帳の再交付の申請があったので、進達します。

備考

- 15歳未満の児童については、保護者が申請してください。
- 身体障害者手帳の交付を受けた者が自ら申請する場合は、内枠内の「氏名」及び「現住所」欄の記入を省略することができます。
- 「理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。また、1～3に該当する場合は、医師の診断書及び意見書を添付してください。