

様式第15号（第10条関係）

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

（申請者）

住所 〒

氏名

写 真

縦4cm×横3cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

本人との続柄

電話番号

（＊）申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

（＊）再交付申請の理由が「2. 破損・汚損」の場合は、個人番号は記入する必要はありません。

身体障害者本人	フリガナ			生年月日	年 月 日					
	氏 名									
	居住地	<u>〒</u> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ		電話番号						
	個人番号									

既手帳交付内容

手帳番号			交付年月日		
等 級	種 級		再交付年月日		
障 害 名					

（＊）身体障害のある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ます。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保護者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	居住地	<u>〒</u> <input type="checkbox"/> 申請者に同じ		本人との 続 柄	電話番号

高知市福祉事務所長 様

私は、身体障害者福祉法施行規則第7条第1項及び第8条第1項の規定により、次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

理 由	1. 紛失 2. 破損・汚損	3. 障害程度の変更 4. 障害の追加	5. 再認定 6. その他（ ）
-----	-------------------	------------------------	---------------------