

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(申請者)
住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

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

- (*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（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	〒 <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	〒 <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	3. 障害程度の変更	5. 再認定
	2. 破損・汚損	4. 障害の追加	6. その他 ()