

身体障害者（児）手帳再交付申請書

年 月 日

居 住 地 〒 _____

ふ り が な
氏 名 _____

児 童 と の 続 柄 _____ 電話 _____

個 人 番 号 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日 生

15歳未満の児童

ふ り が な
氏 名 _____

個 人 番 号 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日 生

兵庫県知事 様

私は、次のとおり

〔 障害程度が変更しましたので
紛失しましたので
破損し使用に堪えませんので 〕

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧 手 帳 番 号 _____ 第 _____ 号
(昭和・平成・令和 _____ 年 月 日交付)

(障 害 名) _____

(種 別 ・ 等 級) _____ 種 _____ 級

(備考)

1. 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って申請することになっている。この場合には児童の氏名、生年月日及び個人番号を の欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
2. 不要の文字は抹消すること。
3. 申請者氏名については、署名または記名押印のいずれかとすること。

【添付書類】

「障害程度変更」：現在お持ちの障害者手帳(写)、身体障害者診断書・意見書、顔写真

「紛失」：顔写真

「破損」：現在お持ちの障害者手帳(写)、顔写真