

身体障害者手帳再交付申請書

牛久市長様

年 月 日

市 町

申請者居住地 郡 村 番地

氏 名 電話番号 ()

受付印

下記のとおり申請します。
手帳の再交付を受けたい者(障害のある者)

☐紛失 ☐棄損 ☐程度変更(障害の程度が変わった場合) ☐障害変更(新たな障害が追加になった場合) ☐再認定

フリガナ

氏 名

個人番号

居 住 地

身体障害者手帳

都道府県市

交付年月日

旧種別等級

第 号

年 月 日

種 級

旧障害名

注意 身体に障害のある15歳未満の児童についての手帳の交付は、保護者等が代わって申請することになっています。
ただし、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童福祉施設に入所した児童については、当該里親又は児童福祉施設の長が代わって申請してください。

のりづけ

写真
(4cm×3cm)
脱帽のこと
裏面に氏名
を記入する

市 審 査

--	--	--	--	--	--

身体障害者手帳番号	牛久市 第 号
再 交 付 日	年 月 日
更 生 指 導 台 帳 番 号	

決 定

種別	等級	原因名・障害名
再提出	〈理由〉	
却 下		

県 審 議 会 諮 問 日

年 月 日

再 認 定

	年 月
	年 月