

身体障害者手帳再交付申請書

牛久市長様

年月日

受付印

市町

申請者居住地 郡 村 番地

氏名 電話番号 ()

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				性別	1 男	生年月日								
個人番号														
居住地	牛久市 方書													
身体障害者手帳	手帳番号	都道府			交付年月日			旧種別等級						
	第	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□			
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		

県審議会諮詢日		
年月日		

再認定		
		年月
		年月