

# 記入例

## 身体障害者手帳再交付申請書

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

身体障害者本人の住所・氏名を記入  
(身体障害者本人が  
15歳未満の場合は保護者)

(申請者) 年 月 日

住所 〒 270-8505  
柏市柏五丁目10番1号

氏名 柏 太郎

本人との続柄 本人 電話番号 04-7167-1136

(\*) 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 | カシワ タロウ                                      | 生年月日 | 昭和●年 ●月 ●日   |
|         | 氏名   | 柏 太郎   |      |              |
|         | 居住地  | 〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | 電話番号 | 04-7167-1136 |

申請者と異なる住所の場合は要記入  
同じ場合は「申請者と同じ」へ  
レ点チェック

|        |       |
|--------|-------|
| 手帳番号   | 交付年月日 |
| 等級     | 種 級   |
| 再交付年月日 |       |
| 障害名    |       |

身体障害者本人が15歳未満の場合は記入  
(手帳の保護者欄に記入されます。)

(\*) 身体障害のある15歳未満の児童に  
ついています。この場合、保護者欄を

|     |      |                                   |        |       |
|-----|------|-----------------------------------|--------|-------|
| 保護者 | フリガナ |                                   | 生年月日   | 年 月 日 |
|     | 氏名   |                                   |        |       |
|     | 居住地  | 〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 本人との続柄 |       |
|     |      |                                   | 電話番号   |       |

柏市長 あて

いずれかに  
○を記入

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  
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. 障害程度の変更 3. 再認定 5. 破損 7. その他 ( )  
2. 障害の追加 4. 紛失 6. 写真の更新

1. 障害程度の変更：同じ障害区分で等級が変更となる場合  
例) 3級から1級へ変化した

2. 障害の追加：異なる障害部位を追加する場合  
例) 心臓機能障害に聴覚障害を追加する

3. 再認定：再認定時期が近づき申請される場合

※対象者には時期が近づきましたら申請書類一式をお送りします。