

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
出して下さい

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

(*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（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"/> 申請者と同じ	電話番号	
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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。この場合、保護者欄を記入いただくようお願いします。

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

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. 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
-----	---