

身体障害者手帳再交付申請書

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											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	居 住 地	〒 □申請者に同じ										電話番号			
	個 人 番 号														

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。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保 護 者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	居 住 地	〒 □申請者に同じ	本人との続柄												
			電話番号												

愛知県知事 殿

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. 紛失	3. 障害程度の変更	5. 再認定
	2. 破損・汚損	4. 障害の追加	6. その他 ()

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