

様式第 5

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

住 所 〒679-22
兵庫県神崎郡福崎町

電 話 - -

ふり がな
氏 名



年 月 日生 男・女 続柄 ()

個人番号

15 歳未満の児童の

ふり がな
氏 名

年 月 日生 男・女

個人番号

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

私は、次のとおり

紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでしたので
障害程度が変更しましたので

関係書類を添えて再交付を申

請します。

旧手帳番号

(年 月 日交付)

- 備考 1 身体障害のある 15 歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を 記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 不要の文字は抹消すること。