

身体障害者手帳交付(再交付) 申請書

平成 年 月 日

○ 居住地

○ 郵便番号 ○電話番号

※ 氏名は、姓名別に記入してください。

○ 氏 名 印

○ フリガナ

○ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 ○ 性別 男・女

○ 個人番号

○ 児童との続柄

15歳未満の児童 ※ 氏名は、姓名別に記入してください。

○ 氏 名

○ フリガナ

○ 生年月日 年 月 日 ○ 性別 男・女

○ 個人番号

和歌山県知事 様

私は先に身体障害者手帳の交付(手帳番号:和歌山県 第 号
交付日: 年 月 日)を受けましたが、

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 別の障害が発生したので | 2. 障害程度が変化したので |
| 3. 再認定の時期がきたので | 4. 紛失したので |
| 5. 破損したので | 6. 記載事項欄に余白がないので |
| 7. 写真を貼り替えたいので | |
| 8. その他() | ※理由を記入してください。 |

関係書類を添えて交付(再交付)を申請します。

備考

- ① 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。児童の氏名、生年月日、個人番号を枠内に記入して下さい。保護者の個人番号の記入は必要ありません。
- ② 写真1枚(横2.5cm×縦3cm(正面上半身脱帽))を添付してください。
- ③ 申請者は、氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

受付窓口担当者記入欄

手帳番号等の点字表記希望の有無(有・無)