

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

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	〒 ☐ 申請者と同じ										電話番号			
	個人番号														
希望する手帳の様式		☐ 紙様式 ☐ カード様式 (いずれかにチェック(レ)をいれてください)													

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	〒 ☐ 申請者と同じ										本人との続柄			
												電話番号			

茨城県ひたちなか市長 大谷 明 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 ()

<身体障害者手帳の再交付申請に必要なもの>

○棄損・紛失の場合

☐再交付申請書（この用紙の表面）

☐写真1枚（縦4cm×横3cm）

※インスタントカメラ・家庭用プリンタ印刷・シール式写真は不可。

☐既交付の身体障害者手帳（紛失の場合は不要）

○程度変更・障害追加・再認定の場合

☐再交付申請書（この用紙の表面）

☐写真1枚（縦4cm×横3cm）

※インスタントカメラ・家庭用プリンタ印刷・シール式写真は不可。

☐既交付の身体障害者手帳

☐診断書（身体障害者福祉法15条に基づく指定医記載のもの）

※手帳交付対象者が市民税所得割を課せられていない場合は、診断書料の助成制度があります。

☐診断書にかかった料金の領収書 ☐振込先のわかるもの（本人の通帳等）

必要書類等、詳細はお問い合わせください。

○受領時の確認（棄損・紛失による再交付者用）

身体障害者手帳（再交付）を受領しました。

受領日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領者氏名 _____

※棄損の場合

既交付手帳の返還 有・無（無の場合は後日、返還するよう依頼すること）

.....
.....
.....