

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

居住地 下
福岡県

電話番号

ふりがな
氏名

印 (男・女)

明, 大, 昭, 平, 令 年 月 日生

個人番号

続柄 ()

(※本人が15歳未満の場合のみ申請者の続柄を記入し、下記に本人の氏名等を記入すること)

15才未満の ふりがな 児童の氏名 個人番号	(男・女) 年 月 日生
---------------------------------	-----------------

福岡県知事 殿

私は、次(別紙)のとおり

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を <input type="checkbox"/> 障害程度が変更しました <input type="checkbox"/> 障害が加わりました <input type="checkbox"/> 再認定時期(年 月)が到来しました	<input type="checkbox"/> 紛失しました <input type="checkbox"/> 破損し使用に堪えません	} ので
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	------

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号及び 交付年月日	県 第 号(年 月 日 交付) 再交付
旧手帳障害名 (再認定時期)	
旧手帳等級	級 第 種
紛失又は 破損の事由	

注1 身体障害のある15才未満の児童については、保護者が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 [] 欄に記入することとし、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。

3 氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。

縦4cm×横3cmの写真1枚を貼らずに提出してください。