

身体障害者手帳再交付申請書

RO 年 O 月 O 日

写 真

縦 4 cm × 横 3 cm

セロテープで貼る

- ・裏面に住所・氏名を記載
- ・裏面を表にして、テープで仮止めする

(申請者)

住所 〒371-0014
前橋市朝日町1-1-1

氏名 前橋 太郎

本人との続柄 本人 電話番号 027-220-5711

(※) 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、個人番号を記入する必要はありません。

身体障害者本人	フリガナ	マエバシ タロウ										
	氏名	前橋 太郎										
	生年月日	昭和〇年〇月〇日										
	居住地	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ										
	電話番号	027-220-5711										
個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

本人以外の場合は番号の後ろに(続柄)を記入

既手帳交付内容

手帳番号		交付年月日	
等級			
障害名			

申請者が15歳未満の場合、保護者の氏名、生年月日、住所、続柄、電話番号を記入

身体障害のある15歳未満の児童に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	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	本人との続柄	
			電話番号	

前橋市長 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 ()

※前橋市記入欄 (種 級)

障害原因	障害名	備考