

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(申請者)
住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

写 真

縦 4 cm × 横 3 cm

- ・脱帽、上半身、1 年以内に撮影したもの
- ・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											生年月日	年	月	日
	氏名														
	居住地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ										電話番号			
	個人番号														

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	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ										本人との続柄			
												電話番号			

(宛先) 前橋市長

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

