

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

愛知県知事 殿

ふりがな はんだし

居住地 半田市

ふりがな

氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

個人番号

電話番号

15歳未満の児童との続き柄

15歳未満の児童

ふりがな

氏名

生年月日 平成・令和 年 月 日生

個人番号

先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、

〔障害程度が変更しました
亡失しました
き損しました〕

から

再交付して下さるよう申請します。

旧手帳番号

第

号

種

級

(

年

月

日交付)

障害名

(備考)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては省略することができる。
- 3 身体に障害がある者が15歳未満の児童である場合は、児童との続き柄並びに児童の氏名、生年月日及び個人番号を記載することとし、保護者の個人番号は記載しないこと。