

身体障がい者手帳再交付申請書

年 月 日

3cm
写 真
・脱帽・上半身
4cm
・1年以内に撮影したもの
・のりづけしない
ください。

高石市長 宛

申請者 住所 _____

氏名 _____

障がい者

との続柄 _____

身体障害者福祉法施行令第 10 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり身体障がい者手帳の再交付を申請します。

申請事由

等級変更・障害名追加・障害名変更・破 損 紛 失・氏名変更・写真貼替・再認定

障がい者

(〒 -)
住所 _____
氏名 (フリガナ) 電話番号 _____
(漢字) _____ 生年月日 年 月 日
個人番号 _____

保護者 (障がい者が 15 歳未満の場合であって、申請事由が等級変更、障害名追加、障害名変更又は再認定のときのみ)

(〒 -)
住所 _____
氏名 (フリガナ) 電話番号 _____
(漢字) _____ 生年月日 年 月 日
障がい者との続柄 _____

旧住所等

旧住所		旧氏名	
新住所		新氏名	