

身体障害者手帳再交付申請書

写 真  
縦4 cm×横3 cm  
脱帽・上半身  
一年以内に  
撮影したもの  
貼付しないで提出し  
てください

年 月 日

(申請者)  
住所 〒

氏名  
本人との続柄

電話番号

(※) 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、個人番号は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	〒 □申請者と同じ						電話番号			
	個人番号										
希望する手帳の様式	<input type="checkbox"/> 紙様式 <input type="checkbox"/> カード様式      (いずれかにチェック(✓)をいれてください)										

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	〒 □申請者と同じ						本人との続柄			
								電話番号			

茨城県知事 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 2. 破損・汚損	3. 障害程度の変更 4. 障害の追加	5. 再認定 6. その他 ( )
-----	-------------------	------------------------	----------------------