

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

居 住 地 〒 7 9 2 -
愛媛県新居浜市 丁目 番 号
番 地

ふ り が な
氏 名

個 人 番 号 年 月 日生

電話番号

15歳未満児童

ふ り が な

氏 名

年 月 日生

個 人 番 号

愛媛県知事 中 村 時 広 様

私は次のとおり (紛失しましたので
破損し使用が堪えませんので
障害程度が変更しましたので)

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号 愛媛県 第 号 (年 月 日交付)

- 備考 (1) 記名押印に代えて署名することができる。
- (2) 身体障害のある15才未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を 欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- (3) 紛失の場合であって身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）第8条第1項第2号に掲げる書類を提示するとき、又は破損の場合は、個人番号の記入を省略することができる。
- (4) 不要な文字は抹消すること。