

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

愛知県知事 殿 〒444-01

ふりがな ぬかたぐんこうたちょうおおあざ

居 住 地 額田郡幸田町大字

ふりがな

氏 名

生年月日 年 月 日生

個人番号

電話番号 () ー

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 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
破りました
汚しました
失いました ） から再交付

してくださるよう申請します。

旧手帳番号 県第 号 種 級
(年 月 日交付)

障害名

- 備考
- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とする。
 - 2 申請者の押印は、氏名を自署する場合にあつ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。