身体障害者手帳再交付申請書

**自由記載１**

写 真

縦4㎝×横3㎝

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**

様式第５

年　　月　　日

（提出者）

住所　〒

氏名

本人との続柄　　　　　　　電話番号

申請者　※本人又は本人が15歳に満たないときはその保護者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 居 住 地 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □提出者に同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 本人(15歳未満の児童)との続柄 | |  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | |
| 15歳未満の児童 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 居 住 地 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □提出者に同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

**固定文言１**

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。

**自由記載２**

**固定文言２**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　） | |
| 希望する手帳の様式 | * 紙様式　　　□ 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 |  | | | | |

（備考）

**固定文言３**

◎ 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。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。

◎ 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。

**自由記載３**