身体障害者手帳再交付申請書

仙 台 市 長

縦 4cm横 3cmの写真を 2枚添付のこと。
申請のときから１年以内に撮影したもので上半身・脱帽のもの

フリガナ			
氏　　名			
個人番号			
生年月日		児童との続柄	
住　　所			
電話番号			
連絡先住所			
連絡先宛名			
交付を希望する手帳様式	（　紙　・　カード　）	※希望する様式に○を付けてください	

十五歳未満の児童	住　　所	
	フリガナ	
	氏　　名	
	個人番号	
	生年月日	

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが
関係書類を添えて再交付を申請いたします。

紛失・破損しましたので
障害程度が変更しましたので
再認定のため
様式変更
その他　（　　）　のため

手帳番号		当初交付日	
障害名		等　　級	

（備考）　１　身体障害のある15歳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，及び個人番号等を記入すること。（保護者の個人番号は記入不要）
２　提出された身体障害者手帳に関する情報は，身体障害者手帳所持を要件とする各種給付事務に利用します。

本庁受付印	福祉事務所受付印
	受付者

交付年月日　　年　　月　　日

届出者署名欄

氏　　名		本人との関係	