

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

取手市長 殿

申請者居住地 市 町 郡 村 番地

氏名 印 電話番号

下記のとおり申請します。

手帳の再交付を受けたい者(障害のある者)

紛失 棄損 程度変更(障害の程度が変わった場合) 障害変更(新たな障害が追加になった場合)

フリガナ													個人番号														
氏名													性別	1男 2女	生年月日												
居住地	市 町 郡 村												(番地)														
身体障害者手帳	手帳番号	都道府県	市第	号	交付年月日													旧種別等級	種	級							
旧障害名																											

備考 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

実施機関コード	更生指導台帳番号

種別	等級	理由CD	認定区分	削除する原因名・障害名								視力	聴覚		
				1	2	3	4	5	6	7	8				
原因名・障害名												右	左	右	左
再認定年月												市受付年月日		のりづけ	
再認定年月														写真 (4cm×3cm) 脱帽のこと 裏面に市町村名、氏名を記入する。	

写真の糊付けは塗りつぶし部分のみとする。