

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

〒
居 住 地 福岡県

電 話 番 号

ふ り が な
氏 名

印 （男・女）

明, 大, 昭, 平 年 月 日 生

個 人 番 号

続 柄 ()

(※本人が15歳未満の場合のみ申請者の続柄を記入し、下記に本人の氏名等を記入すること)

15歳未満の ふりがな 児童の氏名	(男・女) 年 月 日 生
個 人 番 号	

福 岡 県 知 事 殿

私は、次(別紙)のとおり

}	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を	}	} ので
	<input type="checkbox"/> 紛失しました		
	<input type="checkbox"/> 障害程度が変更しました	}	
	<input type="checkbox"/> 障害が加わりました		
<input type="checkbox"/> 再認定時期(年 月)が到来しました			

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号及び 交付年月日	県 第 号(年 月 日 再交付)	交 付 日 再 交 付)
旧手帳障害名 (再認定時期)		
旧手帳番号	級	第 種
紛失又は 破損の事由		

注1. 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が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。

2. 不要の文字は抹消すること。

3. 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。