

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

居 住 地 県
福岡

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 身体障害者手帳を 紛失しました
 障害程度が変更しました 破損し使用に堪えません
 障害が加わりました
 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)
旧 手 帳 障 害 名 (再 認 定 時 期)	
旧 手 帳 番 号	級
紛 失 又 は 破 損 の 事 由	第 種

- 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。
- 不要の文字は抹消すること。
- 氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。