

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

函館市長 様

住所
申請者 氏名
電話 局 番

身体障害者手帳の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

再 交 付 の 理 由	1 障害程度が変化したため 2 破損し、または汚損したため 3 紛失したため 4 その他()
身 体 障 害 者 の 個 人 番 号	
既 交 付 の 身 体 障 害 者 手 帳 の 記 載 内 容	番 号 () 第 号
	交 付 年 月 日 年 月 日
	氏 名
	住 所
	生 年 月 日 年 月 日 (歳)
	障 害 名
	種 別 お よ び 級 別 種 級

添付書類

再交付の理由が、1の場合は身体障害者福祉法施行規則第2条第1項各号に掲げる書類、2の場合は破損または汚損をした身体障害者手帳

注 身体障害者が15歳未満の児童である場合は、その保護者が申請してください。