身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

常陸太田市福祉事務所長 殿

申請者居住地 市 町 郡 村 番地

氏名 (連絡先)

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) (該当項目 に を入れる)

フリガナ		性	1 男	生年	1 大正 4 令和
氏名		別	2 女	月日	2 昭和
				3 平成	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

居住地	市 町 (大字)	(番地)
0 8	郡 村	

個人番号	DV・虐待等の被害者に係るマイナンバー制度における不開示措置の設定 (下部の※を確認し、該当する場合は右のレ点 (チェックマーク) を入れてください。)	☐
------	--	--------------------------

身体障害者手帳	手帳番号	都道府県市	交付年月日	旧種別等級
	0 8	第 <input type="text"/> 号	2 昭和 4 令和 3 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 種 <input type="text"/> 級

旧障害名	再認定の有・無 (有の場合は 年 月)
------	---------------------

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下さい。

実施機関コード	更生指導台帳番号
<input type="text"/>	<input type="text"/>

※マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方は所在につながる情報を秘匿できます。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合はチェックを入れてください。
チェックの有無の情報は上記の所在につながる情報を秘匿するためにのみ使用します。

市町村受付年月日
<input type="text"/>

のりづけ
写真 (4cm×3cm) 脱帽・1年以内撮影 裏面に市町村 名 氏名を記入す

写真の糊付けは斜線部分のみとする。