

様式第13号(第12条関係)

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

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 にレを入れる)

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
居 住 地	0 8	市 町(大字) 郡 村			(番地)
個人番号					

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	2昭和 3平成 4令和 年 月 日	種 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

市町村受付年月日	のりづけ
	写真 (4cm×3cm) 脱帽のこと 裏面に市町村名、 氏名を記入する。

写真の糊付けは斜線部分のみとする。