

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

愛知県知事 殿

ふりがな
居住地

ふりがな
氏名

生年月日 年 月 日生

個人番号

電話番号 () -

15歳未満の児童との続き柄

15歳未満の児童

ふりがな
氏名

生年月日 年 月 日生

個人番号

先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、
(障害程度が変更しました
破りました
汚しました
失いました) から

再交付して下さるよう申請します。

旧手帳番号 県第 号 種 級
(年 月 日交付)

障害名

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

2 身体に障害がある者が15歳未満の児童である場合は、児童との続き柄並びに児童の氏名、生年月日及び個人番号を記載することとし、保護者の個人番号は記載しないこと。