

山梨県知事 殿

居住地 〒

フリガナ

氏 名 印

性 別 男・女 大・昭・平・令 年 月 日生

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ

15歳未満の児童の氏名

性 別 男・女 平・令 年 月 日生

申請者と児童との続柄 ()

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身体障害者手帳再交付申請書

次のとおり身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行令第10条第1項の規定により申請します。

再交付申請理由	(1) 障害程度が変更した。 (2) 紛失した。 (3) 破損のため使用できない。
既 交 付 の 身体障害者手帳	手 帳 番 号 県 第 号 交付年月日 年 月 日 等 級 種 級 障 害 名

- 注 1 15歳未満の児童については、保護者が代わつて申請すること。この場合には、児童の氏名、生年月日、続柄及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 写真（縦4 cm、横3 cm）を添付すること。

※経由機関使用欄

令和 年 月 日 受理

更生医療予定 有 ・ 無