

身体障害者（児）手帳再交付申請書

令和 年 月 日

住 所 〒 —

ふ り が な
氏 名

続 柄

生年月日 年 月 日生

電話番号 — —

個人番号

15歳未満の

児童の^{ふりがな}氏名 年 月 日生

個人番号

兵庫県知事 殿

次のとおり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ので
紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでした 〕

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号 第 号（ 年 月 日交付）

- (備考) 1 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の保護者が代わって申請することになっている。
この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を[]欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
2 不要の文字は抹消すること。

通知書の送付先	備 考
<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他（宛先を記入） 住所： 〒 氏名：	