

写真の大きさ
縦4cm×横3cm
(上半身・無帽)
ここに貼付しない
こと。

県收受印	福祉事務所收受印	町村收受印
	受付印	

～記入例～

更生医療
手術年月日 年 月 日

(様式第4号) (第6条関係)

手続日(来庁日)

身体障害者手帳再交付申請書

手帳の交付を受ける障がい者本人
について記入(代筆可)

○年 ○月 ○日

居住地

上田市大手 1-11-16

ふりがな
氏名

**うえだ たろう
上田 太郎**

○年 ○月 ○日生

個人番号

○○○○○○○○○○○○○○○○

続柄

(ただし、15歳未満の児童の場合)

個人番号は、分からなければ空欄で結構です。

15歳未満の
ふりがな
児童の氏名

年 月 日生

個人番号

私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、下記理由により、再交付してください。

記

1 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。 (4) その他 ()

2

旧手帳番号	長野 県 第 ○○○○ 号 (○年 ○月 ○日交付)		
(旧)障害名	○○○の機能障害(手帳の記載通りに記入)	○種	○級

- (備考) 1 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとする事。
2 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。この場合、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。
3 写真を添付すること。
4 不要の文字は、抹消すること。

県記入欄						種	級

	上田	丸子	真田	武石	連絡先電話番号
手帳交付希望場所	○				0268-23-5158