

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

申請者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
居 住 地	〒		
個 人 番 号			
本人(15歳未満の児童)との続柄		電 話 番 号	

15歳未満の児童

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
居 住 地	〒 <input type="checkbox"/>申請者に同じ		
個 人 番 号			

福岡県知事 殿

私は、次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

理 由	1. 紛失 3. 障害程度の変更 5. 再認定（ 年 月） 2. 破損・汚損 4. 障害の追加 6. その他（ ）		
-----	---	--	--

既手帳記載内容

手帳番号		交付年月日	
等 級	種 級	再交付年月日	
障 害 名			

備考 身体障害のある15才未満の児童については、保護者が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。