

様式第 24 号 (第 30 条関係) 障害者手帳再交付申請書

※保健所名	
※受理年月日	年 月 日

障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

愛媛県知事 様

届出者 住所 伊予郡砥部町
氏名 ㊞

交付を受けて
いる手帳
の手帳番号

(年 月 日交付)

再 交 付
の 理 由

- 破れたため
- 汚れたため
- 紛失したため
- 写真を添付するため

(該当する□に
レ印を付して
ください。)

(紛失したときの状況)

注意 ※印の箇所は、記入しないで下さい。