

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

居 住 地

続 柄

ふり
氏 名

個人番号

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

年 月 日生

15才未満の

ふりがな
児童の氏名

年 月 日生

個人番号

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

愛 媛 県 知 事

様

私は、次のとおり（紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでしたので
障害程度が変更しましたので）
関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号

県第

号

（

年

月

日

交付）

- 備考 (1) 身体障害のある15才未満の児童については、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) 紛失の場合であつて身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）第8条第1項第2号に掲げる書類を提示するとき、又は破損の場合は、個人番号の記入を省略することができる。
- (3) 不要の文字は抹消すること。