

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

## 身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

仙 台 市 長

縦4cm 横3cmの  
写真を2枚添付  
のこと。  
申請のときから  
1年以内に撮影  
したもので上半  
身・脱帽のもの

フリガナ												
氏 名												
個人番号												
生年月日						児童と の続柄						
住 所												
電話番号												
連絡先 住 所												
連絡先 宛 名												
交付を希望 する手帳様式	( 紙 ・ カード )					※希望する様式に○を 付けてください						
十五 歳 未 満 の 児 童	住 所											
	フリガナ											
	氏 名											
	個人番号											
	生年月日											

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが  
関係書類を添えて再交付を申請いたします。

紛失・破損しましたので  
障害程度が変更しましたので  
再認定のため  
様式変更のため  
その他 ( ) のため

手帳番号		交付年月日	
障 害 名		等 級	

- (備考) 1 身体障害のある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、及び個人番号等を記入すること。(保護者の個人番号は記入不要)
- 2 提出された身体障害者手帳に関する情報は、身体障害者手帳所持を要件とする各種給付事務に利用します。

本 庁 受 付 印	福祉事務所受付印
受付者	

届出者署名欄

氏 名		本人との 関係	
-----	--	------------	--