

身体障害者手帳再交付申請書

申請者コード

年 月 日

石川県知事様

フリガナ
氏名

性別 男・女
1 2

個人番号

職業コード

生年月日 年 月 日

職業
又は教育

住所 石川県 市町

郵便番号

保護者氏名等(本人が15歳未満の児童の場合に限り、記入してください。)

フリガナ
氏名

性別 男・女
1 2

続柄
続柄コード

職業

職業コード

住所 石川県 市町

私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、

- 1 障害程度が変更しましたので
- 2 紛失しましたので
- 3 破損し使用に耐えられませんので
- 4 再認定(年 月)のため

再交付願いたく関係書類を添えて申請します。

旧手帳番号 県・市第 号 交付年月日 年 月 日

都道府県コード

等級 種 級 障害名

	町 受 付	福祉事務所受付	石 川 県 受 付
受 付 印 欄			

備考 申請者コード、職業コード、続柄コード及び都道府県コードは、市町で記入します。