

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

(*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

(*) 再交付申請の理由が「2. 破損・汚損」の場合は、個人番号は記入する必要はありません。

身体 障害 者 本 人	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	居 住 地	〒 □申請者に同じ						電話番号					
個 人 番 号													

既手帳交付内容

手帳番号		交付年月日	
等 級	種 級	再交付年月日	
障 害 名			

(*) 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保 護 者	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	居 住 地	〒 □申請者に同じ						本人との続柄					
								電話番号					

島根県知事 殿

私は、身体障害者福祉法施行規則第7条第1項及び第8条第1項の規定により、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
	2. 破損・汚損	4. 障害の追加	6. その他 ()

注) 1 診断書を添付すること（左上方をのり付けすること）

2 写真について宗教上又は医療上の理由のある場合は 顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認めることとする。

市 町 村 名 _____ ※

市 町 村 受 付 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※

本人住所コード () ※ ※市町村記載欄

写 真
(セロテープを輪に
して貼付)
上半身、脱帽、正面
1年以内の写真
縦 4cm
横 3cm
(裏に氏名を記入)

(別紙)

対象者氏名 _____

【個人番号制度における秘匿希望】

個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報（所在の都道府県名または市町村名）を秘匿することが可能です。

※記入いただいた情報は、個人番号制度において所在地につながる情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

情報秘匿の希望の有無	有 ・ 無
------------	-----------------

・・・・・・・・・・ここから下の欄には記入しないでください。・・・・・・・・・・
(以下市町村記入欄)

【住民票上の住所】

申請書受付後、住民基本台帳ネットワークでの照会を、基本4情報（氏名、生年月日、性別、住所）もしくは、性別を除く3情報以上により行います。

申請書記載の住所が住民票上の住所と異なる場合は、以下に住民票上の住所を記入してください。

住民票上の住所	〒	
申請書記載の住所が住民票上の住所と同じ場合は右のボックスにチェック		☐