

身体障害者手帳再交付申請書（１５歳以上用）

（和暦） 年 月 日

山梨県知事 殿

申請者

住 所												
フリガナ												
氏 名												
生年月日	（和暦） 年 月 日						性別（任意）					
個人番号												

次のとおり身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行令第１０条第１項の規定により申請します。

再交付申請理由	（１） 障害程度が変更した。 （２） 紛失した。 （３） 破損のため使用できない。		
既交付の 身体障害者手帳	手 帳 番 号	県 第	号
	交付年月日	年	月 日
	等 級	種	級
	障 害 名		

※ 県使用欄

※

（和暦） 年 月 日 受理

更生医療予定 有 ・ 無

注１ １５歳未満の者の身体障害者手帳の再交付申請には、様式４－２（第４号様式の４）で申請書を作成してください。

注２ 顔写真（縦４ｃｍ×横３ｃｍ）を添えて提出してください。

注３ 「※」の欄には、申請者は記入しないでください。