

身体障害者手帳再交付申請書 (15歳未満用)

(和暦) 年 月 日

山梨県知事 殿

申請者

住 所			
氏 名		児童との続柄	
生年月日	(和暦)	年	月 日

次の者について、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。

15歳未満の者

住 所				<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
フリガナ										
氏 名										
生年月日	(和暦)	年	月	日	性別 (任意)					
個人番号										

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 顔写真(縦4cm×横3cm)を添えて提出してください。

注2 「※」の欄には、申請者は記入しないでください。