

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

居 住 地

ふり がな
氏 名

印

生年月日 年 月 日生

個人番号

電話番号 ()

15歳未満の児童

ふり がな
氏 名

生年月日 年 月 日生

個人番号

愛媛県知事様

私は、次のとおり

紛失しましたので
破損し使用が堪えませんでしたので
障害程度が変更しましたので

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号 県 号 (年 月 日交付)

- 備考
- (1) 記名押印に代えて署名することができる。
 - (2) 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を 欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
 - (3) 不要な文字は抹消すること。