

身体障害者手帳再交付申請書

平成 年 月 日

〒

居住地

電話番号（ - - ）

ふりがな

氏名



続柄

※ 男・女

明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

15歳未満の児童

ふりがな

氏名

※ 男・女

平成 年 月 日生

北海道知事 様

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが

紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでしたので
障害程度が変化しましたので

再交付を { 旧手帳 (写し)
写 真
診 断 書 } を添えて申請します。

旧手帳番号 北海道 第 号 (昭和・平成 年 月 日交付)

第 種 級

- 備考 1 身体に障害のある15歳未満の児童については、その氏名及び生年月日を 欄に記入すること。
- 2 不要文字は抹消すること。
- 3 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。