

身体障害者手帳再交付申請書

平成 年 月 日

〒

居住地 登別市〇〇町〇丁目〇番地〇

電話番号 (〇〇〇〇- 〇〇 -〇〇〇〇)

ふりがな のぼりべつ たろう
氏名 登別 太郎



続柄 ※ 男・女

明治・大正・昭和・平成〇〇年 〇 月 〇 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 〇 第 〇〇〇〇 号 (昭和・平成) 〇〇年〇〇月〇〇日交付)

手帳内の障害名に記載されているものを記入して下さい。

慢性腎不全により家庭内での日常生活活動が 第 〇 種 〇 級

著しく制限される腎臓機能障害

下記の備考欄も合わせてご覧ください。

- 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。