

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(あて先)秋田県身体障害者更生相談所長

写真
(原則1年以内)

4 c m × 3 c m

居住地

ふりがな
氏 名

身体障害者との続柄 ()
(電話番号)

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。

ふ り が な 氏 名		個人番号	
居 住 地			
生 年 月 日	年 月 日		
手 帳 番 号	第 号		
当初交付年月日	年 月 日		
理 由	1 障害程度の重大な変化 2 他の障害の発生 3 再認定の時期が到来したため 4 身体障害者手帳の破損 5 身体障害者手帳の紛失 6 その他()		

第 号
年 月 日

秋田県身体障害者更生相談所長 様

美郷町長 松 田 知 己

上記のとおり身体障害者手帳の再交付の申請があり、その内容を確認しましたので、進達します。

DV・虐待等の被害者に係るマイナンバー制度における不開示等の設定
(※を確認し、該当する場合はレ点(チェックマーク)を入れてください。)

市町村マイナンバー確認欄

☐ 該当する

責任者	担当者

備考

- 15歳未満の児童については、保護者が申請してください。
- 写真は、申請前原則1年以内に撮影したものであって、縦4cm横3cmで脱帽して上半身を写したものとします(申請者の申出により、秋田県身体障害者更生相談所長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)
- 身体障害者手帳の交付を受けた者が自ら申請する場合は、内枠内の「氏名」及び「居住地」欄の記入を省略することができます。
- 破損・紛失の場合に限り、身体障害者福祉法施行規則第8条第2号に掲げる書類の提示により本人確認ができた場合は、個人番号の記載は不要です。
- 「理由」欄は、該当する番号を○で囲み、1～3に該当する場合は、医師の診断書及び意見書を添付してください。