

身体障害者手帳 交付(再交付) 申請書

年 月 日

○ 居住地 日高郡日高川町大字 番地

○ 郵便番号 ○ 電話番号

○ 氏 名 印

○ フリガナ

※ 氏名は、姓名別に記入して下さい。

○ 生年月日 明.大.昭.平. 年 月 日 ○ 性別 男・女

○ 児童との続柄

15歳未満の児童

○ 氏 名

○ フリガナ

※ 氏名は、姓名別に記入して下さい。

○ 生年月日 平成 年 月 日 ○ 性別 男・女

和歌山県知事 様

私は先に身体障害者手帳の交付（手帳番号：和歌山県 第 号
交付日： 年 月 日）を受けましたが、

1. 別の障害が発生したので
2. 障害程度が変化したので
3. 再認定の時期がきたので
4. 紛失したので
5. 破損したので
6. 記載事項欄に余白がないので
7. 写真を貼り替えたいので
8. その他（ ） ※理由を記入して下さい

関係書類を添えて交付（再交付）申請をします。

備 考

- 1 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。
- 2 写真1枚（横2.5cm×縦3cm（正面上半身脱帽））を添付してください。
- 3 申請者は、氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

受付窓口担当者記入欄	手帳番号等の点字表記希望の有無（有・無）
------------	----------------------