

身体障害者手帳再交付申請書

(宛先) 静岡市長

令和 年 月 日

申請者

住所 静岡市

ふりがな

氏 名

(明・大・昭
平・令・西暦 年 月 日生)

続柄

電話 ()

—

15 歳未満の児童

ふりがな

氏 名

(平・令 年 月 日生)

(・身体障害者手帳を紛失
・身体障害者手帳を破損
・障 害 程 度 が 変 更)

したので、次のとおり関係書類を添えて身体障害者手帳の再交付を申請します。

※ 紛失の状況 ☐ 盗難 ☐ 災害による亡失 ☐ 落とした ☐ その他 ()

※ 破 損 箇 所 ☐ 写真 ☐ 印字不鮮明 ☐ 汚損 ☐ 備考欄不足 ☐ その他 ()

手帳番号	静岡市 第 号 静岡県	交付年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
------	-------------------	-------	----------------------

(注)

身体障害のある 15 歳未満の児童については、保護者が児童に代わって児童の氏名及び生年月日を記入してください。

○ 郵送先が申請者の自宅以外をご希望の場合はご記入ください。

理 由			
住 所	〒 —		
氏名・続柄	続柄		
電 話	() —	登録確認	

○ お住まいの区以外の区で手帳交付をご希望の場合は下記に○を付けてください。

葵区 ・ 駿河区 ・ 清水区

※市記入項目

交付番号		(地域リハビリ推進センター)	(福祉事務所押印 2 欄)	(福祉事務所押印 1 欄)
交付年月日				
再認定時期	R 年 月			
その他				