様式第４号（第７条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

身体障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日申請

|  |  |
| --- | --- |
| 居 住 地 | 〒（アパート名表記　希望あり　希望なし） |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 大・昭年　　月　　日平・令 |
| 性　　別 | 男・女 | 本人（15歳未満の児童）との続柄 |  | 電話番号 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　15歳未満の児童

|  |  |
| --- | --- |
| 居 住 地 | 〒　□上記居住地と同じ　　　　　　　　　　　　（アパート名表記　希望あり　希望なし） |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 平・令　　　年　　月　　日 |
| 性　　別 | 男・女 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　備考　身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっています。こ

の場合には、児童の居住地、氏名、生年月日、性別及び個人番号を記入することとし、保護者の個

人番号は記入する必要はありません。

|  |
| --- |
| 市町確認欄 |
| □居住地特例（身体障害者手帳住所が居住地と異なる場合のみチェック） |

静岡県知事　　　　　　　　　様

（再認定）

|  |  |
| --- | --- |
| □障害程度が変更した | ので、関係書類を添えて再交付を申請します。 |
| □障害名が追加された |
| □身体障害者手帳を紛失した |
| □身体障害者手帳を破損した |

　　手帳番号　静岡県第　　　　　　　　　　号　（昭・平・令　　　　年　　月　　日交付）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

県記入項目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（再認定時期　　　　　年　　　月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請 | No | 傷病コード | 障害コード | 部位詳細 | 等級 | 減免 | 原因 |
| 右 | 左 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |