

身体障害者手帳 再交付申請に必要なもの

- 1 身体障害者手帳交付申請書
身体障害者手帳交付申請書 付表 } 住所・氏名は住民票どおりに記入してください。
- 2 身体障害者手帳用の診断書
(診断日が市受理日から3ヶ月以内、身体障害者福祉法第15条の指定医によるもの)
- 3 写真 1枚 (最近撮影の縦4cm×横3cm、原則、上半身無帽。白黒・カラーどちらでも可。
写真の裏に氏名及び“甲府市”と記入して下さい。)
※写真用でない台紙(コピー用紙等)に印刷した写真は使用できません。
- 4 マイナンバーのわかるもの(通知カードなど)及び
官公署発行の写真付きの身分証明書等(運転免許証など)(来庁者のもの)
- 5 印鑑 (朱肉を使うもの)
- 6 身体障害者手帳

※紛失・破損により再交付申請する場合は、「2 診断書」は不要です。

■提出先
甲府市 障がい福祉課
TEL055-237-5240
FAX055-237-5299

令和 年 月 日

身体障害者手帳 再交付 申請書 付表

手帳をお持ちの方	氏名				
	手帳番号	甲府市	第 号	等級	種 級
申請書提出者 (本人でない場合)	氏名	続柄		電話番号	
	居住地	〒			

通知の先 送付先	本人以外の送付先をご希望の場合はご記入ください				
	氏名	続柄		電話番号	
	住所	〒			

現況	1. 在宅	2. 入院中	3. 施設入所中	4. その他
加入保険	1. 国民健康保険	2. 社会保険	3. 各種共済組合	
手当等の 受給状況	1. 特別児童扶養手当受給中	2. 甲府市心身障害児福祉手当受給中		
	3. 特別障害者手当受給中	4. 障害児福祉手当受給中		
紛失再交付欄	タクシー券利用	有料道路割引	自動車税減免	住所変更

この付表は、身体障害者手帳交付時にサービスのご説明をする際の参考として、ご記入頂いております

職員確認欄

手帳交付中
再認定期月経過なし
申請書/診断書/手帳 住所・氏名・生年月日一致
15条指定医OK
診断日3ヶ月以内
診断書等級欄記入あり
診断書再認定欄記入あり
写真不備なし