

年 月 日

（あて先）甲府市長

居 住 地 〒

ふりがな

氏 名

印

生年月日

年

月

日生

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

15歳未満の児童の氏名 ^{ふりがな}												
生年月日	年 月 日生											
申請者と児童との続柄	()											
個人番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

身体障害者手帳再交付申請書

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。

再交付申請理由	(1) 障害程度が変更した。 (2) 紛失した。 (3) 破損のため使用できない。
既交付の 身体障害者手帳	手帳番号 県(市) 第 号 交付年月日 年 月 日 等級 種 級 障害名

注 1 15歳未満の児童については、保護者が代わつて申請すること。この場合には、児童の氏名、生年月日、続柄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がないこと。

2 写真（縦4cm、横3cm）を添付すること。