

再

受付番号 _____

身体障害者手帳再交付申請書

申請日	令和 年 月 日	太線の中のみ記入してください。
フリガナ		
氏名		①
個人番号		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別 男・女
居住地	(郵便番号 -)	
(※は記入不要)		※住所コード

15歳未満の場合	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ()
※身体に障害のある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。	フリガナ	
	児童の名	
	個人番号	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		性別 男・女

京都府知事様

私は、
 手帳を紛失又は破損したので
 障害程度(等級)が変更又は追加となりましたので
 その他 () により
関係書類を添えて再交付を申請します。

- (添付書類)
- 身体障害者診断書・意見書(指定医師が診断されたものに限りませう。)
 - 写真 1枚(たて4cm、よこ3cm)
* 本人単独、上三分身(胸から上)、無帽で写っているもの。
おおむね1年以内に撮影されたもの。

* 15歳未満の児童について、申請者である保護者の個人番号を記入していただく必要はありません。

- 押印については、自筆による署名の場合は省略できます。
- 氏名は、楷書でわかりやすく記入してください。
特に旧漢字・異体字・変体かなを使用されている方は、わかりやすく大きく記入していただくか、市町村の窓口にお申し出ください。

既に交付された 身体障害者手帳 の記載の内容	番号	府・県・市 第 号	障 害 内 訳	(障 害 名)	(等 級)	手帳・台帳 確 認
	昭和 平成 令和	年 月 日交付				
	総合等級	級 種				

市 町 村		保 健 所		京 都 府	
-------------	--	-------------	--	-------------	--