|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 写真の大きさ  縦４cm×横３cm  （上半身・無帽）  ここに貼付しないこと。 | | |  | 県収受印 | 福祉事務所収受印 | 町村収受印 | | 受理番号 | | |
|  |  |  | |  | | |
| 更生医療 | | |
| 手術年月日  　年　　月　　日 | | |
| （様式第３号）（第５条関係）  身体障害者手帳再交付申請書 | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  長 野 県 知 事　殿  申請者　　　 〒  居 住 地    　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　 電話番号  申請に係る身体障害者との続柄  ※申請者の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名等（15歳未満の児童  について申請される場合は、保護者の氏名等）を記入してください。  私は、先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、下記理由により、再交付して  ください。  記  １　再交付申請理由  (1) 障害程度が変更した。　 (2) 再認定の時期が到来した。 (3) 紛失した。  (4) 破損のため使用できない。　(5) その他（　　　　　 　　　　 ）  ２　申請に係る身体障害者   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | ふりがな | □申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | 氏　　名 | □申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生　　　　　　　　　□申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ３　既交付の身体障害者手帳の記載の内容 | | | | | | | | | | |
|  | 旧手帳番号 | 県・市　　　　第　　　　　　号（　　　　年　　月　　日交付） | | | | | | | |  |
| (旧)障害名 |  | | | | | 種 | | 級 |
|  | | | | | | | | | | |

（備考）１　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。

２　写真を添付すること。

３　不要の文字は、抹消すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村  記入欄 | 記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。  ①確認年月日　　　　　　年　　　月　　　日  ②確認方法　　□マイナンバーカード　　　□通知カード　　　□住民票の写し  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 県記入欄 |  | 種　　　級 |
|  |