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