

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

(\*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

(\*) 複数の障害申請をされる場合、（ 一部交付 ・ 全部交付 ）を希望します。

身体障がい者本人	フリガナ							生年月日		年 月 日	
	氏 名										
	居 住 地	〒						電話番号			
	個 人 番 号										
市町欄		個人番号チェック欄									
		<input type="checkbox"/> 番号確認（番号が正しいか） <input type="checkbox"/> 本人確認（番号の正しい持ち主か）									

既手帳交付内容

手帳番号		交 付 年 月 日	
等 級	種 級	再 交 付 年 月 日	
障 害 名			

(\*) 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保 護 者	フリガナ							生年月日		年 月 日	
	氏 名										
	居 住 地	〒						本人との続柄			
								電話番号			

三重県知事 宛て

私は、身体障害者福祉法施行規則第7条第1項及び第8条第1項の規定により、次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

理 由	※裏面の再交付申請理由欄を選択してください
-----	-----------------------

※裏面の記入上の注意事項をお読みください。

県 欄	決 定 等 級	再 認 定
	級 種	

町役場受付	福祉事務所受付	三重県受付

## 【再交付申請者用】

再交付申請理由 ※下にある項目で該当するものに○をつけてください。

- ・障害程度の変更      ・障害名の追加      ・再認定時期の到来      ・障害名の変更      ・破損
- ・紛失                      ・写真交換                  ・取替                          ・一部返還

医師の情報提供に係る同意欄 ※いずれかの番号を○で囲んでください。

今回申請するに当たって、三重県から診断書作成医師に認定に必要な事項を問い合わせることに

- 1 同意します。
- 2 同意しません。必要な場合は書類一式の返却を受けて、私から医師に整備を依頼します。

## 【記入上の注意事項】

1. 上記の医師の情報提供に係る同意欄には、該当する番号を選択し、必ず○囲みしてください。
2. 申請者においては、表面の太線枠内  は、記入しないでください。
3. 下記の申請に必要な書類を添えて提出してください。

(1) 身体障害者福祉法第15条第1項の規定により指定された医師が最近作成した診断書 1部

※診断書により現在の障害の程度が証明されることになりますので、診断書作成日から1か月以内のものを提出してください。それを超えるものは、市町役場窓口でご相談ください。

※障害ごとに診断書の様式が異なりますので、ご注意ください。

(2) 証明写真 2部（一部交付希望の場合は、障害申請数+1）

※縦4cm 横3cm、脱帽正面向き、最近1年以内に撮影したもの  
横3cm

