

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。

県收受印	福祉事務所收受印	町村收受印	受理番号
			更生医療
			手術年月日 年 月 日

(様式第4号) (第6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

居住地

ふりがな
氏 名 年 月 日生

個人番号

続 柄
(ただし、15歳未満の児童の場合)

15歳未満の
ふりがな
児童の 氏名 年 月 日生

個人番号

私は、さき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

旧手帳番号	県 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。この場合、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 写真を添付すること。
- 3 不要の文字は、抹消すること。

県記入欄		種	級