

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 千											
居住地											
ふりがな 氏 名											
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する本人の氏名等(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	千 □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