

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) 紛失した。
(3) 破損のため使用できない。 (4) 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 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとする。こと。
2 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。
3 写真を添付すること。
4 不要の文字は、抹消すること。

| | |
|------|-----|
| 県記入欄 | 種 級 |
| | |