

# 身体障害者手帳交付・再交付申請書

第   号

令和      年      月      日

(宛て先) 倉 敷 市 長

次の事由により申請します。

- 申請事由 1. 交 付  
 2. 再交付 [障害程度等の変更、紛失、破損、再認定、その他(                    )]

申請者 (保護者)	住 所	倉敷市													
	フリガナ						生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					年	月	日
	氏 名														
	個人番号														
	電話番号	(                    )                    -													

再交付の場合に記入してください。

手帳番号	県・市 第	号 (	年	月	日 交付)
------	-------	-----	---	---	-------

※15歳未満の児童の場合は、保護者が代わって申請することとなっています。下記の欄に児童の住所・氏名等をあわせて記入してください。なお、児童の申請の場合、保護者の個人番号を記入する必要はありません。

児 童	住 所	倉敷市													
	フリガナ						生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					年	月	日
	氏 名														
	個人番号														
	続 柄														

【添付書類】 身体障害者診断書・意見書、写真1枚(たて4cm×よこ3cm)

【同時申請】 無 ・ 有 [ ストマ(ぼうこう・直腸) ・ 更生医療(じん臓) ]

※福祉事務所記入欄(記入しないこと)			
認 定 等 級	種 級	再認定	年 月 日
認定内容			