

市町村コード(市町村名):1555 (遠軽町)

(総合)振興局名:オホーツク

別記第10号様式 (第11条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

北海道知事 様

申請者	居住地	〒											
	フリガナ氏名												
	※個人番号												
	生年月日	年 月 日											
※15歳未満の児童	フリガナ氏名												
	※個人番号												
	生年月日	年 月 日											
※申請者の続柄													

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが

紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでしたので
障害程度が変化しましたので

再交付を

旧手帳の写し
写真
診断書

を添えて申請します。

旧手帳番号	北海道 第 号 (年 月 日交付)
-------	---

注1 身体に障害のある15歳未満の児童の身体障害者手帳再交付申請にあつては、申請者欄中の個人番号欄は記入せず、当該児童の氏名等を15歳未満の児童欄に、申請者の続柄を申請者の続柄欄に記入すること。

2 1の事項に該当する場合のほか、次に掲げる場合には、申請者欄及び15歳未満の児童欄中の個人番号欄は、記入する必要はありません。

(1) 身体障害者手帳を紛失したことを理由として再交付を申請する場合であつて、身体障害者福祉法施行規則第8条第1項第2号に掲げる書類（個人番号カード、運転免許証、旅券等）を提示するとき。

(2) 身体障害者手帳を破損し使用に堪えなくなったことを理由として再交付を申請する場合