

支所受付日(受付印)	本庁受付日(受付印)

※手帳の受け取り希望場所(本庁・八千代支所・美土里支所・高宮支所・甲田支所・向原支所)

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日											
安芸高田市長 様 私は身体障害者手帳の交付を受けていますが、次の理由により関係書類を添えて、再交付申請をします。 1 障害程度が変化した。 2 新たな障害が生じた。 3 亡失した。 4 き損し使用に耐えない。 5 再認定を受ける。	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> この部分をのり付けする <h2 style="text-align: center;">写真 2枚</h2> (規格:縦4cm・横3cm の脱帽上半身) (写真の裏面に氏名及び 撮影年月日を記入すること。) </div>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">フリガナ</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td style="text-align: center;">1 男 2 女</td> </tr> </table>	フリガナ		氏 名	1 男 2 女							
フリガナ											
氏 名	1 男 2 女										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">生年月日</td> <td style="width: 15%;">1 大正 3 平成</td> <td style="width: 15%;">2 昭和 4 令和</td> <td style="width: 15%;">年</td> <td style="width: 15%;">月</td> <td style="width: 15%;">日生</td> </tr> </table>	生年月日	1 大正 3 平成	2 昭和 4 令和	年	月	日生					
生年月日	1 大正 3 平成	2 昭和 4 令和	年	月	日生						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">個人番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	個人番号										
個人番号											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">居住地 広島県安芸高田市</td> <td style="width: 20%;">町</td> <td style="width: 20%;">番地</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">※ 市町</td> <td style="text-align: center;">※町・大字</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	居住地 広島県安芸高田市	町	番地		※ 市町	※町・大字					
居住地 広島県安芸高田市	町	番地									
	※ 市町	※町・大字									
15歳未満の児童											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">フリガナ</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td style="text-align: center;">1 男 2 女</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>	フリガナ		生年月日	氏 名	1 男 2 女	年 月 日					
フリガナ		生年月日									
氏 名	1 男 2 女	年 月 日									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">個人番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	個人番号										
個人番号											

既交付の身体障害者手帳の記載内容			
手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 名			
障害の程度	種 級	事務担当者氏名	

- (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になっています。この場合には、氏名、個人番号、性別及び生年月日を児童の欄に記入すること。保護者の個人番号は記入する必要はありません。
- 2 ※印欄は交付決定機関において記入します。
- 3 居住地又は氏名を変更している場合は、身体障害者居住地氏名変更届書を必ず添付すること。

<h2 style="margin: 0;">同意書</h2> <p style="margin: 5px 0;">身体障害者手帳を交付するために必要な場合は、次の事項に関して私の個人情報を取扱うことに同意します。</p> <p style="margin: 5px 0;">○ 医療機関等関係機関に対する診断内容等の照会</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 氏 名 (署名又は記名押印) _____ (電話番号 _____) </div>
--