

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

居 住 地

続 柄

ふりがな
氏 名
個人番号

男 女

年 月 日生

連 絡 先

【 写 真 】
貼らないで
下さい

たて4cm
よこ3cm

15歳未満の児童の
ふりがな
氏 名

年 月 日生
男 女

個人番号

佐賀県知事 様

私は、さきに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
障害程度が変更しましたので
その他の理由により
()

関係書類

を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号 県第 号(年 月 日交付)

希望する手帳の形態 (どちらか一方のみ)	<input type="checkbox"/> 紙型	<input type="checkbox"/> カード型
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

注 1 身体に障害のある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る。

この場合には、児童の氏名及び生年月日を 欄に記入することし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。

2 不要の文字は、抹消すること。

この様式に記載された個人情報、身体障害者手帳の交付に係る事務の目的を達成するためにのみ使用し、法令等に定めがある場合を除き、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。