

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

大分市長 殿

住所
申請者 氏名
本人との続柄
電話

次のとおり身体障害者手帳の再交付を申請します。

1. 再交付を必要とする理由

- (1) 障害程度が変更したため
- (2) 亡失したため
- (3) き損したため
- (4) その他 ()

2. 身体障害者手帳の記載事項

氏名		年 月 日生
現住所	大分市	
手帳番号	第 号	
交付年月日	年 月 日	
障害名	(種 級)	

3. 身体障害者手帳の交付を受けている者の個人番号(マイナンバー)

--

手帳様式	<input type="checkbox"/> 紙型	<input type="checkbox"/> カード型
交付場所		

《備考》

1. 15歳未満の児童については、保護者が申請してください。
2. 写真(横3センチメートル×縦4センチメートル)を1枚添付してください。
3. 写真は、脱帽して正面から上半身を写したもの(申請者の申出により、市長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除く。)であること。
4. 身体障害者手帳の申請前1年以内に撮影したものであること。ただし、特別の事情がある場合であって、その写真によって本人を認識する上で支障がないと市長が認めるときは、この限りでない。