

身体障害者手帳再交付申請書

平成 年 月 日

居住地 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町

氏名 ふりがな 印 性別 男・女 続柄※

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

写真添付欄

よこ 3cm
たて 4cm

※ 15歳未満の児童の

ふりがな
氏名

昭和・平成 年 月 日生

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が

程度障害が変更しましたので

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号	県第	号昭和・平成	年	月	日交付
障害名及び等級	(種 級)				

(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。

2 不要の文字は抹消すること。

(添付書類) 指定医師による診断書、身体障害者状況調査書
手帳の写し(交付欄・本人欄等に記載されている箇所)