

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

長野市長 宛

写真の大きさ 約 4cm×3cm ・上半身、脱帽 ・撮影後1年以内
--

※写真は貼り付けず
にお持ちください。

居住地
 ふりがな
 氏名
 年 月 日生
 個人番号
 続柄（15歳未満の児童の場合）
 連絡先（電話）

15歳未満の児童 ふりがな 氏名 個人番号 年 月 日生
--

身体障害者福祉法施行令第10条第1項の規定による身体障害者手帳の再交付を受けたいので申請します。

1 再交付を必要とする理由

- (1) 障害程度の変化
- (2) 障害の追加
- (3) 手帳の紛失
- (4) 手帳の破損
- (5) その他 ()

2 身体障害者手帳の記載内容

手帳番号	交付年月日	障害名及び等級
第 県市号	年 月 日	種 級

備考

- 1 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。この場合において、児童の氏名、生年月日及び個人番号 内に記入し、保護者の個人番号を記入する必要はありません。
- 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。

長野市処理欄

事務取扱担当者	番号確認書類	身元確認書類	備考
	個人番号カード 通知カード 個人番号付き住民票 その他 ()	個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 パスポート 保険証 その他 ()	

(審査結果)	種 級	審査会 書類審査
--------	-----	-------------