

身体障害者手帳交付(再交付)申請書

年 月 日

○ 居住地 和歌山県伊都郡高野町大字

○ 郵便番号 ○電話番号

○ 氏 名 印

○ フリガナ ※ 氏名は、姓名別に記入してください。

○ 生年月日 年 月 日 ○ 性 別 男・女

○ 児童との続柄

15歳未満の児童	
○ 氏 名	
○ フリガナ	
※ 氏名は、姓名別に記入してください。	
○ 生年月日	年 月 日 ○ 性 別 男・女

和歌山県知事 様

私は先に身体障害者手帳の交付(手帳番号:和歌山県 第 号
交付日: 年 月 日)を受けましたが、

1. 別の障害が発生したので
2. 障害程度が変化したので
3. 再認定の時期が来たので
4. 紛失したので
5. 破損したので
6. 記載事項欄に余白がないので
7. 写真を貼り替えたいので
8. その他() ※理由を記入してください。

関係書類を添えて交付(再交付)を申請します。

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してください。
- 2 写真1枚(横2.5cm×縦3cm(正面上半身脱帽))を添付してください。
- 3 申請者は、氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

受付窓口担当者記入欄	手帳番号等の点字表記希望の有無(有・無)
------------	----------------------