再認定、障害程度に重大な変化が生じ、又は新たな障害を有するに至った場合

身体障害者手帳再交付申請書

　　　　　年　　　　月　　　　日

山口県知事　様　　　　　　　　　　　　　郵便番号

|  |
| --- |
| 住　　所    　（電話　　　　　―　　　　　―　　　　　）  続　　柄  個人番号  （本人が１５歳未満の児童の場合不要） |

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

|  |
| --- |
| 15歳未満の児童    個人番号 |

下記のとおり身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行

令第１０条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付番号 | 第　　　　　　　　 号 | 交付年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 再交付を受けようとする理由 | １　障害程度に重大な変化が生じた。  ２　新たな障害を有するに至った。 | | |

　添付書類

　　　　　１　身体障害者福祉法第15条第1項の診断書及び同条第3項の意見書

　　　　　２　写真（縦４ｃｍ×横３ｃｍ、申請前１年以内に撮影した無帽及び上半身像のもの）

　　　　注　「再交付を受けようとする理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

※処理欄（記入しないでください。）

＜市町処理欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障　害　区　分 | 備　　　　考 | 市町受付 |
| 視　　　 聴　 　平  音言　　 そ　 　肢　　肢（脳） 心　 　呼  腎　　　 膀 直　 　小　　 免 肝 | □ 同時申請　（　　　　　年　　　月　　　日交付希望）  □ 更生医療同時申請　（　　　　　年　　　月　　　日交付希望）  □ CTフィルム添付　（ 返却不要 ・返却先（　　　　　　　　　））  □ 受付　　　　　　総合支所　・　出張所　・　支所  □　受取り　　　　　総合支所　・　出張所　・　支所 | （　　　市・町受付） |
| □ 再認定 |

＜県処理欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決定  等級 | 級　　種（　　） | 県　受　付 |
|  |
| （備考） | |
| 交　付　日 |
| 交付  番号 |  |  |

　　　　　　　　（写　真）

（保存用）

（手帳用）