

〔 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

申請者

氏 名

(電話 — —)

続 柄

生年月日 年 月 日生

個人番号

(本人が15歳未満の児童の場合不要)

15歳未満の児童

氏 名

生年月日 年 月 日生

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。 3 再認定の期日が到来した。	備考	

添付書類

- 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
- 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 1 「個人番号」欄に、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。

- 「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	☐ 圖同時申請 (年 月 日交付希望) ☐ 更生医療同時申請 (年 月 日交付希望) ☐ 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>

(写 真)		決定 等級	級 種 ()	県 受 付
(保存用)	(手帳用)	(備考)		
		交付 番号		交 付 日