

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）金沢市長

申請者 住 所

フリ ガナ
氏 名

電話番号

生年月日

明・大・昭・平・令 年 月 日生

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身体に障害のある者との続柄

（15歳未満の児童の場合に限る。）

15 歳 未 満 の 児 童	フリ ガナ 氏 名	
	生年月日	平・令 年 月 日生
	個人番号	
	住 所	

障害程度が変更

私は、先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、紛失 したので、再交付願います。
破損

旧手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
等 級	種 級	障 害 名	

備考

- 個人番号カード、障害者手帳、運転免許証、旅券その他の本人確認ができる書類を提示する場合は、個人番号の記載の必要はありません。
- 身体に障害のある者が15歳未満の児童の場合は、保護者が代わって申請することになっています。この場合においては、「15歳未満の児童」欄に当該児童の氏名、生年月日、個人番号及び住所を記入することとし、「申請者」欄の個人番号は記入する必要はありません。

〔必要な書類〕

- 申請書
- 診断書(所定様式のもの)
- 写真(たて4cm、よこ3cm)

交 付 場 所	本庁 (福祉と健康の 総合窓口)	泉野福祉 健康センター	元町福祉 健康センター	駅西福祉 健康センター (2階)
	※等級により自宅に郵送されることがありますのでご了承下さい。			

確 認 欄	番号 確認	番号カード・通知カード・住民票・端末・その他()	代理権 確認	法定・委任状・本人発行
	本人 確認	番号カード・運転免許証・障害者手帳・旅券・保険証(国保・後期高齢・介護)・学生証・その他()		

○記入しないでください。身体障害者手帳番号 交 付 年 月 日
第 号