様式第２号（第４条関係）

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 |  |
|  | 　 | 　　　　　　　　 |
|  | 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 | 　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 生年月日 | 平・令　　　　年　　　月　　　日生 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　私は、先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、 | 障害程度が変更紛失破損 | したので、再交付願います。 |
| 旧手帳番号 | 　第　　　　　号 | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 等級 | 　種　　　　　級 | 障害名 |  |

備考

１ 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。

２ 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〕

　　　本庁　　　　　　　　　泉野福祉　　　　　　　元町福祉　　　　　　　駅西福祉

１．申請書

（福祉と健康の　　　　　 　健康センター　　　　　　　健康センター　　　　　　健康センター

２．診断書（所定様式のもの）

　総合窓口　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（２階）

３．写真（たて４ｃｍ、よこ３ｃｍ）

　※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。

交

付

場

所



第

号

身

体

障

害

者

手

帳

番

号

交

付

年

月

日

○記入しないでください。