

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

金沢市広坂○丁目○番○号

フリガナ氏名

カナザワ タロウ
金沢 太郎

電話番号

○○○ - ○○○ - ○○○○

生年月日

明・大・昭・平・令 ○年 ○月 ○日生

個人番号

○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

障害のある人が15歳未満の場合は保護者が申請者となります。

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、紛失したため、再交付願います。
破損

旧手帳番号	金沢市 第 ○○○ 号	交付年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
等級	1 種 1 級	障害名	○○機能障害（1級）

備考 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。
↓ 希望の手帳交付窓口に○をつけてください。

〔必要な書類〕

- 1. 申請書
- 2. 診断書(所定様式のもの)
- 3. 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