

写真の大きさ
縦4cm×横3cm
(上半身・無帽)
ここに貼付しない
こと。

県收受印	福祉事務所收受印	町村收受印	受理番号
			更生医療
			手術年月日 年 月 日

(様式第4号) (第6条関係)

身体障害者手帳再交付申請書							
			年 月 日				
長野県知事 殿							
居住地							
ふりがな 氏 名			年 月 日生				
個人番号							
続 柄 (ただし、15歳未満の児童の場合)							
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 60%;">15歳未満の ふりがな 児童の 氏名</td> <td style="width: 40%;">年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> </tr> </table>				15歳未満の ふりがな 児童の 氏名	年 月 日生	個人番号	
15歳未満の ふりがな 児童の 氏名	年 月 日生						
個人番号							
私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、下記理由により、再交付してください。							
記							
1 再交付申請理由							
(1) 障害程度が変更した。		(2) 紛失した。					
(3) 破損のため使用できない。		(4) その他 ()					
2							
旧手帳番号	県 第 号 (年 月 日交付)						
(旧)障害名			種 級				

- (備考)
- 1 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとする。
 - 2 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。この場合、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
 - 3 写真を添付すること。
 - 4 不要の文字は、抹消すること。

県記入欄		種 級