

身体障害者手帳再交付申請書

申請者コード

令和 年 月 日

石川県知事様

フリガナ
氏名

印

性別 男・女
1 2

個人番号

職業コード

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
1 2 3 4

職業
又は教育

住所 石川県 市・町

郵便番号

保護者氏名等（本人が15歳未満の児童の場合に限り、記入してください。）

フリガナ
氏名

印

性別 男・女 続柄
1 2

続柄コード

職業

職業コード

住所 石川県 市・町

私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、

再交付願いたく関係書類を添えて申請します。

- 1 障害程度が変更しましたので
- 2 紛失しましたので
- 3 破損し使用に堪えませんでした
- 4 再認定（平成 年 月）のため

旧手帳番号 県・市 第 号 交付年月日 昭・平 年 月 日
3 4

都道府県コード

等級 種 級 障害名

	町 受 付	福祉事務所受付	石 川 県 受 付
受 付 印 欄			

- 備考 1 申請者コード、職業コード、続柄コード及び都道府県コードは、市町で記入します。
2 申請者本人が署名する場合は、押印を省略することができます。