

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

続 柄 (ただし、15歳未満の児童の場合)

15歳未満の
児童の ^{ふりがな}氏名 年 月 日生

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。

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こと。
 - 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、児童の氏名及び生年月日を□欄に記入すること。
 - 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 |
| | | | |