

様式第 5

顔 写 真
縦 4 cm×横 3 cm
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出
してください

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

申請者

※記入に際しては、消すことができる筆記用具（消せるボールペン等）は使用しないでください。

フリガナ												
氏 名												
居 住 地	〒											
個人番号												
本人（15歳未満の児童）との続柄						電話番号						

15歳未満の児童

フリガナ												
氏 名												
居 住 地	〒											
個人番号												

西 宮 市 長 様

私は身体障害者福祉法施行規則第 7 条第 1 項及び第 8 条第 1 項の規定により、次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

理 由	1. 紛失	3. 障害程度の変更	5. 再認定
	2. 破損・汚損	4. 障害の追加	6. その他 ()

既手帳交付内容

手帳番号			交付年月日	年 月 日
等 級	種	級	再交付年月日	年 月 日
障 害 名				

(備考) 身体障害のある 15 歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。また、理由が「2. 破損・汚損」の場合は、個人番号は記入する必要はありません。