

〔 再認定、障害程度に重大な変化が生じ、又は新たな障害を有するに至った場合 〕

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号

住 所

申請者

氏 名

㊞

(電話 — —)

続 柄

個人番号

(本人が15歳未満の児童の場合不要)

15歳未満の児童

氏 名

個人番号

下記のとおり身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行令第10条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

| 交 付 番 号 | 第 号 | 交付年月日 | 年 月 日 |
|---------------|---------------------------------------|-------|-------|
| 再交付を受けようとする理由 | 1 障害程度に重大な変化が生じた。 2 新たな障害を有するに至った。 | | |

添付書類

- 身体障害者福祉法第15条第1項の診断書及び同条第3項の意見書
- 写真(縦4cm×横3cm、申請前1年以内に撮影した無帽及び上半身像のもの)

注 「再交付を受けようとする理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

※処理欄(記入しないでください。)

<市町処理欄>

| 障 害 区 分 | 備 考 | 市 町 受 付 |
|--|---|----------|
| 視 聴 平 音 言 そ 肢 肢(脳) 心 呼 腎 膀 直 小 免 肝 | <input type="checkbox"/> 圖同時申請 (年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> 更生医療同時申請 (年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> CTフィルム添付 (返却不要・返却先()) <input type="checkbox"/> 受付 総合支所・出張所・支所 <input type="checkbox"/> 受取り 総合支所・出張所・支所 | (市・町受付) |
| <input type="checkbox"/> 再認定 | | |

<県処理欄>

| (写 真) | | 決 定 等 級 | 級 種 () | 県 受 付 |
|-------|-------|---------|---------|-------|
| (保存用) | (手帳用) | (備考) | | |
| | | | | 交 付 日 |
| | | 交 付 番 号 | | |