

身体障害者手帳再交付申請書

申請者コード
年 月 日

石 川 県 知 事 様

フリガナ氏名 性 別 男 ・ 女
1 2

個人番号
生年月日 年 月 日 職業コード
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 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、
1 障害程度が変更しましたので
2 紛失しましたので
3 破損し使用に耐えませんので
4 再認定（ 年 月）のため

再交付願いたく関係書類を添えて申請します。

旧手帳番号 県 ・ 市 第 号 交付年月日 年 月 日
都道府県コード
等級 種 級 障害名

受 付 印 欄	町 受 付	福祉事務所受付	石 川 県 受 付

備考 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。