

区受付印

第4号様式(第5条関係)

令和 年 月 日

(あて先)浜松市長

身体障害者手帳再交付申請書

次のとおり身体障害者福祉法施行規則第8条第1項の規定により申請します。

記

ふりがな				性別	男	生年月日	明・大・昭・平・令
氏名	(署名又は記名押印をしてください)			性別	女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 ー 浜松市 ー 区 アパート名等 電話 () ー						
15歳未満の場合	保護者氏名				続柄	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	□ 上記住所と同じ 浜松市 ー 区 アパート名等					
再交付理由	紛失・破損・その他 () ※ 紛失の場合は裏面の【紛失届】も記入してください						
障害名	視 聴平 音言そ 肢 心 腎 呼 ぼ直 小腸 免 肝						
(浜松市 第 ー 号) 都道府県市	交付年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	種別	() 級 () 種		

※裏面も記入してください

【連絡事項】

受付区	中・東・西・南・北・浜北・天	受付者	
手帳交付区	中・東・西・南・北・浜北・天		
手帳番号 (浜松市の番号を新規で取得した場合)	再交付年月日		
	令和 年 月 日		

【申請書提出者】

- 申請者（本人又は保護者） ※ 以下は記入不要です。
- 申請者（本人又は保護者）以外 ※ 以下を記入してください。

フリガナ			
氏名			本人との関係
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	
住所	<input type="checkbox"/> 本人の住所と同じ <input type="checkbox"/> 保護者の住所と同じ 〒 アパート名等 電話番号 — —		
区役所記入欄 (確認書類)	<input type="checkbox"/> 申請者以外 (窓口に来た人)	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（身・療・精） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【送付先変更】「手帳交付のお知らせ」の送付先を変更したい場合に記入してください。

- 送付先氏名は上記【申請書提出者】と同じ ※ 以下は記入不要です。
- 送付先氏名は上記【申請書提出者】と異なる ※ 以下を記入してください。

フリガナ			
氏名			本人との関係
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	
送付先住所	<input type="checkbox"/> 上記申請書提出者の住所と同じ 〒 アパート名等 電話番号 — —		
送付先変更の理由			
区役所記入欄 (確認書類)	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（身・療・精） <input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）

【紛失届】 ※ 旧手帳を紛失した場合は記入してください。

現在交付されている手帳を紛失しましたので、見つかった場合は速やかに返還します。 令和 年 月 日 本人又は保護者氏名 _____ (署名又は記名押印をしてください)
