様式第５号（第５条関係）

年　　月　　日

岩手県知事　様

居　住　地

職業又は学校

氏　　名（申請者）　　㊞

生年月日　　年　　月　　日生　男・女

個人番号

電話番号　　（　　）

15歳未満の児童の氏名	男・女
生年月日	年　　月　　日生
個人番号	

身体障害者手帳再交付申請書

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規則第８条第１項の規定により、次のとおり申請します。

旧手帳番号	県第　　号	種　　級	交付年月日	年　　月　　日
	障害名			
理　　由	１　紛失したため			
	２　破損し、使用に堪えないため			
	３　障害程度が変更したため			
	４　その他（　　）			

備考１　身体障害者である15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者（申請者）の個人番号を記入する必要はありません。

２　記名及び押印は、署名をもってこれに代えることができます。

市町村記入欄（電算入力用）

申請者氏名（上段：カナ　下段：漢字）	生年月日				住所			
	年号	年	月	日	市区郡	町　村	小字	番　　地

（注）１　申請者氏名、住所、生年月日について、住民基本台帳等確認して記入してください。

２　住所欄については、住所コードで記入してください。

３　児童については、申請者だけでなく児童の氏名等を確認のうえ、記入してください。

住民台帳コード	