

身体障害者手帳再交付申請書

申請者コード

令和 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

職業コード

生年月日

年 月 日

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、

再交付願いたく関係書類を添えて申請します。

- 1 障害程度が変更しましたので
2 紛失しましたので
3 破損し使用に堪えませんので
4 再認定（ 年 月）のため

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。