第１８号様式(第１５条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　居住地  　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話　　　　―　　　―　　　　)  　　　　　　　　　　　　　　　　　(FAX　　　　―　　　―　　　　)  　ふりがな  　氏名  年　　　　月　　　　日生  　個人番号  　職業　　　　　　　　　　　　　　教育※ | | | | | | | | | |
|  | 15歳未満の児童  　　ふりがな  　　氏名  年　　月　　日生  　　個人番号  　　教育　※ | | | | | |  | | |
| 久留米市福祉事務所長　宛て | | | | | | | | | |
| 私は、次(別紙)のとおり | | | □身体障害者手帳を | | □紛失しました  □破損し使用に堪えません | | | ので関 | |
| □障害程度が変更しました  □障害が加わりました  □再認定時期(　　年　　月)が到来しました | | | | |
| 係書類を添えて再交付を申請します。 | | | | | | | | | |
|  | 旧手帳番号及び交付年月日 | 第　　　　　　号(　　　　年　　月　　日交付) | | | | | | |  |
| 旧手帳障害名 |  | | | | | | |
| 旧手帳等級 | の | | 級 | | 第　　　　　　種 | | |
| 紛失又は破損の事由 |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

　　備考

　　　1　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

　　　2　※は18歳未満の児童についてのみ記入のこと。

　　　3　身体障害のある15歳未満の児童については保護者が申請すること。

　　　　 この場合には児童の氏名及び生年月日を　　　　　　欄に記入すること。

　　　4　写真1枚(たて4cm×よこ3cm)を添付すること。