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。