

様式第6号（第6条関係）

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

愛知県知事 殿

ふりがな
居住地 _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

個人番号 _____

電話番号 (_____) _____

15歳未満の児童との続き柄 _____

15歳未満の児童

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

個人番号 _____

先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、
〔 障害程度が変更しました
破りました
汚しました
失いました 〕 から再交付して

くださるよう申請します。

旧手帳番号 _____ 県第 _____ 号 種 級
(_____ 年 月 日交付)

障害名 { _____ }

備考 身体に障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。この場合は、児童との続き柄並びに児童の氏名、生年月日及び個人番号を記載することとし、保護者の個人番号を記載しないでください。