

〔 障害程度に重大な変化が生じ、又は新たな障害を有するに至った場合 〕

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
申請者 住 所
ふりがな
氏 名 ⑤
(電話 — —)
個人番号

下記のとおり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令第10条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

交 付 番 号	第 号	交付年月日	年 月 日
再交付を受けようとする理由	1 障害程度に重大な変化が生じた。 2 新たな障害を有するに至った。 3 再認定のため 4 その他 ()		

添付書類

- 身体障害者福祉法第15条第1項の診断書及び同条第3項の意見書
- 身体に障害のある者の写真（縦4センチメートル、横3センチメートルとし、申請前1年以内に撮影した無帽及び上半身像のものとする。）

注 「再交付を受けようとする理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

届出者 住 所 〒
氏 名
申請者との関係
電話 (FAX) 番号

※処理欄（記入しないでください。）

<市町処理欄>

障 害 区 分	備 考	市 町 受 付
視 聴 平 音言 そ 肢 肢(脳) 心 呼 腎 膀 直 小 免 肝	☐ 圖同時申請 (年 月 日交付希望) 圖非該当 ☐ 更生医療同時申請 (年 月 日交付希望) ☐ CTフィルム添付 (返却不要・返却先 ()) ☐ 受付 総合支所 ・ 地域交流センター ・ 分館 ☐ 受取り 総合支所 ・ 地域交流センター ・ 分館 (級 → 級)	(山口市受付)
☐ 再認定		

<県処理欄>

(写 真)		決定 等級	級 種 ()	県 受 付
(保存用) (手帳用)		(備考)		交 付 日
		交付 番号		