

〔 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

平成 年 月 日

山口県知事 様

郵便番号

申請者 住 所

氏 名

印

(電話 - -)

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。		

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。

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	福同時申請 (平成 年 月 日交付希望) 更生医療同時申請 (平成 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 ・ 出張所 ・ 支所 受取り 総合支所 ・ 出張所 ・ 支所	(市町受付)
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		