

写真の大きさ 縦4cm×横3cm (上半身・無帽) ここに貼付しない こと。	県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印	受理番号
				更生医療
				手術年月日 年 月 日

(様式第3号)(第5条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

長野県知事殿												年	月	日	
申請者 千															
居住地															
氏 名															
生年月日												年	月	日生	
電話番号															
申請に係る身体障害者との続柄															
※申請者の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名等（15歳未満の児童について申請される場合は、保護者の氏名等）を記入してください。															
私は、先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、下記理由により、再交付してください。															
記															
1 再交付申請理由															
(1) 障害程度が変更した。(2) 再認定の時期が到来した。(3) 紛失した。															
(4) 破損のため使用できない。(5) その他（ ）															
2 申請に係る身体障害者															
居住地	千										☐ 申請者に同じ				
ふりがな											☐ 申請者に同じ				
氏 名											☐ 申請者に同じ				
生年月日	年 月 日生										☐ 申請者に同じ				
個人番号															
3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容															
旧手帳番号	県・市 第 号（ 年 月 日交付）														
(旧)障害名											種	級			

- (備考) 1 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。
2 写真を添付すること。
3 不要の文字は、抹消すること。

市町村記入欄	記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認方法 ☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し ☐ その他()													
県記入欄													種	級