様式第５号（第５条関係）

年　　月　　日

岩手県知事　様

居　住　地

フリ　　ガナ
氏　　名　　印

男・女

個人番号	

電話番号

１５歳未満の
フリガナ
児童の氏名　　男・女

個人番号	

身体障害者手帳再交付申請書

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規則第８条第１項（第７条第１項）の規定により、次のとおり申請します。

旧手帳番号			交付年月日	
	障害名			
理　　由	１　紛失したため ２　破損し、使用に堪えないため ３　障害程度が変更したため ４　その他（　　）			

備考　１　身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者（申請者）の個人番号を記入する必要はありません。

２　記名及び押印は、署名をもってこれに代えることができます。

市町村記入欄（電算入力用）

申請者氏名（上段 カナ 下段 漢字）	生年月日				住所			
	元号	年	月	日	市区郡	町　村	小字	番　地

（注）１　申請者氏名、住所、生年月日について、住民基本台帳等を確認して記入してください。

２　住所欄については、住所コードで記入してください。

３　児童については、申請者ではなく児童の氏名等を確認の上、記入してください。

住民台帳コード	