

〔 再認定、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

住 所

申請者

氏 名

(電話 — — )

続 柄

個人番号

(本人が15歳未満の児童の場合不要)

15歳未満の児童

氏 名

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。		

## 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
- 写真(縦4cm×横3cm、申請前1年以内に撮影した無帽及び上半身像のもの)

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	<input type="checkbox"/> 圖同時申請 ( 年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> 更生医療同時申請 ( 年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> CTフィルム添付 <input type="checkbox"/> 受付 総合支所 ・ 出張所 ・ 支所 <input type="checkbox"/> 受取り 総合支所 ・ 出張所 ・ 支所	( 市・町受付)
<input type="checkbox"/> 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		