

様式第8号(第11条)

身体障害者手帳再交付申請書

茨城県知事 殿

年 月 日

申請者居住地 市 町 郡 村 番地

氏名 印

下記のとおり申請します。

手帳の再交付を受けたい者（障害のある者）

| | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 程度変更（障害の程度が変わった場合） <input type="checkbox"/> 障害変更（新たな障害が追加になった場合）（該当項目 <input type="checkbox"/> に✓を入れる） | |
| フリガナ | 性 1 男 生年 1 明治 4 平成 |
| 氏 名 | 別 2 女 月日 2 大正 5 令和 |
| 居住地 | 市 町（大字） 番地 郡 村 |
| 個人番号 | 0 8 |

| | | | |
|---------|----------------|----------------------------|-----------|
| 身体障害者手帳 | 手帳番号 都道府縣市 第 号 | 交付年月日 3 昭和 5 令和 4 平成 年 月 日 | 旧種別等級 種 級 |
| | 旧障害名 | 再認定の有・無（有の場合は 年 月） | |

備考 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとして下さい。

| | |
|---------|----------|
| 実施機関コード | 更生指導台帳番号 |
| | |

| | |
|----------|--------|
| 市町村受付年月日 | 県受付年月日 |
| | |

| |
|-------------------------------|
| のりづけ |
| 写真 (4 cm × 3 cm) |
| 脱帽のこと 裏面に市町村名、 氏名を記入する。 |

写真の糊付けは斜線部分のみとする。