

身体障がい者手帳再交付申請書



写 真
(たて4cm よこ3cm)

○脱帽・上半身
○原則として1年以内に撮影したもの。
○写真はのりづけしないでください。

年 月 日

吹田市長 宛

郵便番号 (〒 -)

住 所

(申請者)

氏 名

連絡先

障がい者
との続柄

下記のとおり申請します。

(申請事由) ……該当するものを○で囲んで下さい。

| | | | | | | |
|------|--------|--------|----|----|------|-----|
| 等級変更 | 障がい名追加 | 障がい名変更 | 破損 | 紛失 | 写真貼替 | 再認定 |
|------|--------|--------|----|----|------|-----|

(障がい者 (児))

| | | | |
|----------------|--------|------|-------|
| 住 所 | (〒 -) | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | | | |
| 連絡先 (電話番号等) | | 個人番号 | |

(既交付手帳)

| 手帳記号・番号 | 交付年月日 | 障がい名 | 級 | 種 |
|---------|-------|------|---|---|
| 第 号 | | | | |

(医療費の援護)

| | | | |
|--------|-----|--------|-----|
| 更生医療 | 有・無 | 市ストマ助成 | 有・無 |
| 障がい者医療 | 有・無 | 福祉年金 | 有・無 |

| |
|-------|
| [市受付] |
| |

| | | | | | |
|------|------|---------|-----|--------|-----|
| 入力確認 | 台帳入力 | (再) 交付日 | 診断料 | 住基チェック | 受付者 |
| | | | | | |

☆添付書類等

診断書 写真 既交付の手帳写し 指定医師確認済

再認定時期

年 月