

身体障がい者手帳再交付申請書

再

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
(電話番号等)

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				

※記入箇所は以上です。

(市職員記入欄)

更 生 医 療	有 (手術月: 年 月) ・ 無		
障がい者医療	有 ・ 無	市ストマ助成	有 ・ 無

[市受付]

入力確認	台帳入力	(再) 交付日	診断料	受付者
			<input type="checkbox"/> 該当する (申請済・受取時) <input type="checkbox"/> 該当しない	

☆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