整理番号	

様式第 1 号

身体障がい者手帳交付(再交付)申請書

令和　　年　　月　　日

(あて先)岡 崎 市 長

身体障害者福祉法第15条の規定により身体障がい者手帳を交付(再交付)願いたく関係書類を添えて申請いたします。

・新規　　・再交付(障がい変更・再認定)

居住地　岡崎市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名(ふりがな)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

個人番号 | | | | | | | | | | | | |

生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日生

電話番号　(　　)　　－

再交付の場合の手帳番号　　愛知県・岡崎市・(　　)　第　　号

届出人及び送付先

※ ご本人に連絡がとりにくい場合(一人暮らしで入院中など)のみ記入してください

住所　〒　　－

氏名(ふりがな)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号(　　)　　－　　申請者との続柄＿＿＿＿＿

※ 記入しないで下さい

事務処理備考欄

1 更生医療同時申請

入院期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

手術日　　年　　月　　日

2 その他(標記変更の希望等)

受付印