

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

ふりがな
氏 名 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 〒 -

ふりがな
氏名

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