

第18号様式(第15条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

	年 月 日
居住地	(電話 — — ) (FAX — — )
ふりがな 氏 名	年 月 日生
個人番号	⑩
職 業	教 育※
15歳未満の児童 ふりがな 氏 名 年 月 日生 個人番号 教 育 ※	
久留米市福祉事務所長 宛て	
私は、次(別紙)のとおり	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を <input type="checkbox"/> 障害程度が変更しました <input type="checkbox"/> 障害が加まりました <input type="checkbox"/> 再認定時期( 年 月)が到来しました	<input type="checkbox"/> 紛失しました <input type="checkbox"/> 破損し使用に堪えません
} ので関	
係書類を添えて再交付を申請します。	
旧手帳番号及び 交付年月日	第 号( 年 月 日交付)
旧手帳障害名	
旧手帳等級	の 級 第 種
紛失又は 破損の事由	

備考

- 1 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すること。
- 2 ※は18歳未満の児童についてのみ記入のこと。
- 3 身体障害のある15歳未満の児童については保護者が申請すること。  
この場合には児童の氏名及び生年月日を  欄に記入すること。
- 4 写真1枚(たて4cm×よこ3cm)を添付すること。