

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	⑨						
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 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td> <input type="checkbox"/>紛失しました  <input type="checkbox"/>破損し使用に堪えません                 </td> <td rowspan="4" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;">)ので関</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 2em;">}</td> <td> <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                 </td> </tr> </table>	}	<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	}	<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				
}	<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						
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。