様式第５号（第５条関係）

年　　月　　日

岩手県知事　　様

居　住　地

氏　名（申請者）

年　　月　　日生　　男・女

個人番号

電話番号　　（　　）

15 歳未満の 児童の氏名　　男・女 年　　月　　日生 個人番号

身体障害者手帳再交付申請書

身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行規則第８条第１項（第７条第１項）の規定により、次のとおり申請します。

旧手帳番号	県第　　号	種　級	交付年月日	年　月　日
	障　害　名			
理　由	１　紛失したため			
	２　破損し、使用に堪えないため			
	３　障害程度が変更したため			
	４　その他（　　）			

備考　１　身体障害のある 15 歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者（申請者）の個人番号を記入する必要はありません。

２　運転免許証その他省令に定める書類により本人確認ができた場合は、個人番号の記載を省略できます。

市町村記入欄（電算入力用）

申請者氏名（上段：カナ　下段：漢字）	生　年　月　日				住　　所			
	年号	年	月	日	市区郡	町　村	小字	番　地

（注）１　申請者氏名、住所、生年月日について、住民基本台帳等を確認して記入してください。

２　住所欄については、住所コードで記入してください。

３　児童については、申請者ではなく児童の氏名等を確認の上、記入してください。

住民台帳コード	