

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

北海道知事 様

|           |            |               |
|-----------|------------|---------------|
| 申請者       | 居住地        |               |
|           | 電話番号       |               |
|           | フリガナ<br>氏名 | ⑩             |
|           | ※個人番号      |               |
|           | 生年月日       | 大・昭・平・令 年 月 日 |
| ※15歳未満の児童 | フリガナ<br>氏名 |               |
|           | ※個人番号      |               |
|           | 生年月日       | 平成・令和 年 月 日   |
| ※申請者の続柄   |            |               |

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが

紛失しましたので  
破損し使用に堪えませんが  
障害程度が変化しましたので

再交付を

旧手帳の写し  
写真  
診断書

を添えて申請します。

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 旧手帳番号 | 北海道 第 号 (昭・平・令 年 月 日交付) |
|-------|-------------------------|

注1 身体に障害のある15歳未満の児童の身体障害者手帳再交付申請にあつては、申請者欄中の個人番号欄は記入せず、当該児童の氏名等を15歳未満の児童欄に、申請者の続柄を申請者の続柄欄に記入すること。  
2 申請者の氏名欄に署名した場合、押印を省略できます。