

写 真

縦 4 cm

横 3 cm

身体障害者手帳再交付申請書

紛失（破損）した
私は 障害程度が変わった 有効期間が経過した
ので関係書類を添えて身体障害者手帳の再交付を申請します。

年 月 日

北 九 州 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

印

交付対象者	氏 名		個人番号	
	生年月日		性 別	
	住 所			
現 手 帳	手帳番号		等 級	
	交付年月日		種 別	
	1 障 害 名	(級) (再認定年月)		
	2 障 害 名	(級) (再認定年月)		
	3 障 害 名	(級) (再認定年月)		
	4 障 害 名	(級) (再認定年月)		
	5 障 害 名	(級) (再認定年月)		
	6 障 害 名	(級) (再認定年月)		
	7 障 害 名	(級) (再認定年月)		

電話番号	()	
連絡先 (特に通知書類 の宛先を指定さ れる方は記入)	区分	
	様	

記 事

(受領日 . .)

受領印