様式第７号（第９条関係）

町受付日（受付印）

身体障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日

北　広　島　町　長　様

私は身体障害者手帳の交付を受けていますが、次の理由により関係書類を添えて、再交付申請をします。

１　障害程度が変化した。　　３　亡失した。

２　新たな障害が生じた。　　４　き損し使用に耐えない。

フリガナ 氏　　名	１　男 ２　女
生年月日　１　明治 ２　大正 ３　昭和　　年　　月　　日生 ４　平成 ５　令和	

この部分をのり付けする

写　真

（２枚必要）

（規格：縦４㎝・横３㎝の脱帽※4 上半身）

（写真の裏面に氏名及び撮影年月日を記入すること）

居　住　地	市町村	町・大字
山県郡北広島町　　番地		

１５歳未満の児童

フリガナ 氏　　名	１　男 ２　女
生年月日　３　平成　　年　　月　　日生	

旧手帳番号　　第　　号	交付年月日　４　昭和 ５　平成　　年　　月　　日 ６　令和
障　害　名	
障害の程度　　級　　種	事務担当者氏名　　㊞

（備考）

１．身体障害のある１５歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。

この場合には、氏名、性別及び生年月日を［　　］に記入すること。

２．［　　］福祉事務所において記入すること。

３．居住地又は氏名を変更している場合は、身体障害者居住地氏名変更届書を必ず添付する。

４．写真は脱帽して上半身を写したもの（申請者の申出により、北広島町長が、宗教上または医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）