様式第24号(第12条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日

　守谷市長　　　　宛て

　　　申請者居住地

　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　電話番号

　下記のとおり申請します。

　手帳の再交付を受けたい者(障害のある者)

|  |
| --- |
| 紛失　棄損　程度変更(障害の程度が変わった場合)　障害変更(新たな障害が追加になった場合) |
| フリガナ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 性別 | 1男2女 | 生年月日 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年 | 　 | 　 | 月 | 　 | 　 | 日 |
| 居住地 | 　　　　　茨城県守谷市 |
| 0 | 8 | 2 | 2 | 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 身体障害者手帳 | 手帳番号 | 　 | 都道府県 | 　 | 交付年月日 | 旧種別等級 |
| 　 | 0 | 8 | 市　第 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 号 | 　 | 　 | 　 | 年 | 　 | 　 | 月 | 　 | 　 | 日 | 　 | 　 | 種 | 　 | 級 |
| 旧障害名 |

注意　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してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 　 |
| 実施機関コード | 更生指導台帳番号 | 　 |
| 　 | 2 | 2 | 4 | 　 | 　 | ― | 　 | ― | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 等級 | 理由CD | 認定区分 | 削除する原因名・障害名 | 　 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 原因名・障害名 | 視力 | 聴覚 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 右 | 左 | 右 | 左 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 再認定年月日 | 受付年月日 | のりづけ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | ・　　　・ | 写真(4cm×3cm)脱帽のこと。裏面に地区名，氏名を記入 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 再認定年月日 |
| 5 | 6 | 7 | 8 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |