

身体障害者手帳再交付申請書

令和3年 1月 1日

守谷市長 宛て

申請者居住地 守谷市大柏950番地の1

氏名 守谷 花子



電話番号

0297-45-1111

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 <b>程度変更</b> (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	モリヤ				タロウ				性別	1男	生年	昭和 11				
氏名	守谷				太郎				性別	2女	生年	11	月	11	日	
居住地	茨城県守谷市 0 8 2 2 4 大柏950番地の1															
身体障害者手帳	手帳番号	0 8 守谷				都道府県	市第 1 1 1 1 1 1 1 1 号				交付年月日	令和 0 1 年 1 1 月 1 1 日		旧種別等級	1 種 1 級	
	旧障害名	疾病による 心臓機能障害 1級														

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								
1	2	3	4																	
再認定年月日												.								
5	6	7	8																	