様式第４号（第７条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

身体障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日申請

居住地	〒 （アパート名表記　希望あり　希望なし）											
ふりがな 氏　名							生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日				
性　別	男・女	本人（15歳未満の児童）との続柄					電話番号					
個人番号												

15歳未満の児童

居住地	〒 □上記居住地と同じ　（アパート名表記　希望あり　希望なし）											
ふりがな 氏　名							生年月日	平・令　　年　　月　　日				
性　別	男・女											
個人番号												

備考　身体障害のある15歳未満の児童については、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、児童の居住地、氏名、生年月日、性別及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。

市町確認欄
□居住地特例 （身体障害者手帳住所が居住地と異なる場合のみチェック）

静岡県知事　　様

□障害程度が変更した（再認定）
□障害名が追加された
□身体障害者手帳を紛失した
□身体障害者手帳を破損した
ので、関係書類を添えて再交付を申請します。

手帳番号　静岡県第　　号　（昭・平・令　　年　　月　　日交付）

県記入項目　　（再認定時期　　年　　月）

申請	No	傷病コード	障害コード	部位詳細 右	部位詳細 左	等級	減免	原因