

写真の大きさ 縦4cm×横3cm (上半身・無帽) ここに貼付しない こと。	県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印	受理番号
				更生医療
				手術年月日 年 月 日

(様式第4号)(第6条関係)

身体障害者手帳再交付申請書							
年 月 日							
長野県知事殿							
居住地							
ふりがな氏名 年 月 日生							
個人番号							
続柄 (ただし、15歳未満の児童の場合)							
<table><tr><td>15歳未満の ふりがな 児童の氏名</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td colspan="2">個人番号</td></tr></table>				15歳未満の ふりがな 児童の氏名	年 月 日生	個人番号	
15歳未満の ふりがな 児童の氏名	年 月 日生						
個人番号							
私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、下記理由により、再交付してください。							
記							
1 再交付申請理由							
(1) 障害程度が変更した。(2) 再認定の時期が到来した。							
(3) 紛失した。(4) 破損のため使用できない。							
(5) その他 ()							
2							
旧手帳番号	県 第 号 (年 月 日交付)						
(旧)障害名		種	級				

- (備考) 1 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。この場合、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 写真を添付すること。
- 3 不要の文字は、抹消すること。

県記入欄		種 級