

# 記載例

(宛先) 高松市長

申請者 (A) と本人 (B) 又は  
申請者 (A) と保護者 (C) <※15未満の場合のみ>  
が異なる場合は委任状が必要です。

窓口へ来た方の  
住所・氏名を記入する。  
押印は申請者本人であれば省略可。

A

申請者 住所

ふりがな  
氏名

本人が15歳未満の場合は、  
保護者を申請者としてください。

身体障害者手帳再交付申請書

B

本人欄	ふりがな	(□申請者に同じ)									
	氏名	申請者と同一であれば省略可									
	個人番号										
	住所	(□申請者に同じ) 高松市 町									
	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生 ( 歳)	本籍	都・道府・県				
	電話番号										

保護者欄は  
15歳未満  
の場合のみ  
記入する。

C

※ 本人が15歳未満のとき

保護者欄	ふりがな	(□申請者に同じ)									
	氏名	申請者と同一であれば省略可									
	住所	(□申請者に同じ) 申請者と同一であれば省略可									
	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生 ( 歳)	続柄					
	電話番号										

- 身体障害者手帳を失ったので
- 身体障害者手帳を破り、又は汚したため、使用に堪えないので
- 障害程度が変更したので
- 再認定の時期が到来したので

該当するものを選んでください。

関係書類を添えて再交付を申請します。

手帳番号	第	号	年	月	日交付	
障害名	現在有する手帳の内容 を記入してください。				等 級	種 級

備考

- 1 本人が15歳未満の児童である場合は、保護者が申請して
- 2 記名押印に代えて署名することができます。

個人番号等の確認をお願いします。

職権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口	<input type="checkbox"/> ( ) 支所・出張所	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票	<input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付)/公的証明書2点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人 (保護者含む)	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可) <input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付)/公的証明書2点		