

## 身体障害者手帳 再交付（紛失・破損）申請書

（申請先）横浜市長

## 写真張り付け欄

|  |
|--|
| たて4センチ<br>×<br>よこ3センチ<br><br>写真のうらに<br><br><b>氏名・生年月日</b><br>(お住いの)区名<br><br>を記入してください |
|--|

## ① 申請者を記入

(注1 本人が15歳以上かつ本人以外が申請する場合は委任状の添付必須)

(注2 本人が15歳に満たない場合は保護者が代わって申請すること)

氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 ( )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※日中連絡のとれる番号を記入してください

身体障害者手帳の再交付を次のとおり申請いたします。

② 再交付を希望する理由： 紛失 破損 (いずれかにチェック(✓)を入れてください)③ 手帳の様式： 紙様式 カード様式 (いずれかにチェック(✓)を入れてください)

## ④ 対象者を記入

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 氏名   |   |   |   |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所   |   |   |   |
| 電話番号 |   |   |   |

## ⑤ 保護者を記入（本人が15歳に満たない場合は記入）

|      |        |   |   |
|------|--------|---|---|
| 氏名   |        |   |   |
| 生年月日 | 年      | 月 | 日 |
|      | 本人との関係 |   |   |
| 住所   |        |   |   |
| 電話番号 |        |   |   |

〈手帳が出来上がった際にお知らせする手紙は、対象者住所宛に送付します〉

〈出来上がった手帳の交付場所は各区役所の福祉保健センターです〉