

市町村コード(市町村名)：

(総合)振興局名：

別記第10号様式 (第11条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

北海道知事 様

申請者	居住地	〒				
	フリガナ氏名					
	※個人番号	：	：	：	：	：
	生年月日	年	月	日	性別	男 女
※15歳未満の児童	フリガナ氏名					
	※個人番号	：	：	：	：	：
	生年月日	年	月	日	性別	男 女
※申請者の続柄						

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが

紛失しましたので  
破損し使用に堪えませんでしたので  
障害程度が変化しましたので

再交付を

旧手帳の写し  
写 真  
診 断 書

を添えて申請します。

旧手帳番号	北海道 第 号 ( 年 月 日交付)
-------	--------------------

注1 身体に障害のある15歳未満の児童の身体障害者手帳再交付申請にあつては、申請者欄中の個人番号欄は記入せず、当該児童の氏名等を15歳未満の児童欄に、申請者の続柄を申請者の続柄欄に記入すること。

2 申請者の氏名欄に署名した場合、押印を省略できます。