

様式第11号(佐賀県規則第13号第12条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

居住地 佐賀市 丁目 番 号

町・村 大字 番地

職 業

ふりがな  
氏 名

印 (男・女)

大・昭・平・令 年 月 日生

電話番号

個人番号

15歳未満の児童 (申請者との続柄)

ふりがな  
氏 名

平・令 年 月 日生

個人番号

佐賀県知事 殿

私は、さきに手帳の交付を受けましたが、  
（障害程度が変更しましたので  
障害追加のため  
再認定のため）  
関係書類  
を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号 県第 号 (昭・平・令 年 月 日交付)

障 害 名 ( 種 級 )

- 備考 1 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る。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□内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 不要の文字は、抹消すること。