

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 元 年 5 月 1 日

居 住 地 佐賀市 丁目 1 番 1 号

栄 町 村 大字 番地

職 業 自営業

ふりがな 氏 名 佐賀 太郎 印 (男・女)

大 昭 平・令 20年 12月 31日生

電 話 番 号 40-7251

個 人 番 号 123456789123

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、さき到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) 関係書類を添えて再交付を申請します。(再認定のため)

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。