

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 × よこ3センチ 写真のうらに 氏名・生年月日 (お住いの)区名 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〉