

様式第6号（第6条関係）

身体障害者手帳再交付申請書	
年 月 日	
愛知県知事 殿	
ふりがな 居住地	_____
ふりがな 氏名	_____
生年月日	_____年 月 日生
個人番号	_____
電話番号	( _____ ) _____
15歳未満の児童との続き柄	_____
<p>15歳未満の児童</p> <p>ふりがな 氏名 _____</p> <p>生年月日 _____年 月 日生</p> <p>個人番号 _____</p>	
先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、 （ 障害程度が変更しました 破りました 汚しました 失いました ） から再交付して	
くださるよう申請します。	
旧手帳番号	県 第 号 種 級 ( 年 月 日交付)
障害名	{ _____ }

備考 身体に障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。この場合は、児童との続き柄並びに児童の氏名、生年月日及び個人番号を記載することとし、保護者の個人番号を記載しないでください。