

身体障害者手帳再交付
精神障害者保健福祉手帳再交付
療育手帳再交付
療育手帳再判定変更

}

申請書

年 月 日

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

届出者 氏名 _____ (申請者との続柄 _____)

住所 区 _____

電話 _____ FAX _____

申請者	ふりがな	電話	—
	氏名	年 月 日生(歳)	FAX —
	個人番号		
	住所	区	
施設名 (入所・通所)			

私はさきに交付を受けた身体障害者手帳の再交付・再認定を申請します。

	紛失	添付書類等	写真	有・無
	破損	添付書類等	写真	有・無
	再認定・障害程度の変更	添付書類等	写真	有・無、診断書
	旧手帳	手帳番号	第 _____ 号、種級、	交付年月日 _____ 年 月 日
	(障害種別)	視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・上肢・下肢・体幹・脳原上肢・脳原移動・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫・肝臓		

私はさきに交付を受けた精神手帳の再交付を申請します。

	紛失	添付書類等	写真	有・無
	破損	添付書類等	写真	有・無
	旧手帳	手帳番号	第 _____ 号、級、	交付年月日 _____ 年 月 日

※精神障害者保健福祉手帳に関する分については、あて先を「札幌市長」に読み替えます。

私はさきに交付を受けた療育手帳の再交付・再判定に伴う変更を申請します。

	紛失	添付書類等	写真	有・無
	破損	添付書類等	写真	有・無
	再判定	添付書類等	判定書	
	旧手帳	手帳番号	第 _____ 号、A・B・B、	交付年月日 _____ 年 月 日

※本人以外が受領する場合は、下欄をご記入ください。

受領欄	ふりがな		交付者との関係
	氏名		
	住所		電話番号

※担当者記入欄(記入者氏名:)

--