

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	※身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳の手続きの方のみ記入	
	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:)