

※市町名	
※受理年月日	年 月 日

障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

愛媛県知事 様

申請者 氏 名

住 所

個人番号

交付を受けて いる手帳の手 帳番号									(年 月 日交付)
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

再 交 付 の 理 由	<input type="checkbox"/> 破 損 <input type="checkbox"/> 汚 損 <input type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> 紛失の状況 <input type="checkbox"/> 新様式（写真なし）から新様式（写真あり）への変更
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

（該当する□に△印を付してください。）

注意 1 ※印の箇所は、記入しないでください。
 2 記名押印に代えて署名することができる。
 3 破損又は汚損の場合にあっては、その障害者手帳を添付すること。