

※市 町 名	
※受理年月日	年 月 日

障害者手帳再交付申請書

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
[ 該当する□に 印を 付して くださ い。 ]	[ 紛失の状況 ]

注意 1 ※印の箇所は、記入しないでください。  
 2 破損又は汚損の場合にあつては、その障害者手帳を添付すること。