

※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

住 所
申請者
氏 名
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 (該当する□ に✓印を付 してください。)	<div><input type="checkbox"/> 破 損</div> <div><input type="checkbox"/> 汚 損</div> <div><input type="checkbox"/> 紛 失</div> <div><div>紛失の状況</div></div>							

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っては、その障害者手帳を添付すること。