

※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

氏 名
申請者
住 所
個人番号
印

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□ にレ印を付 してください。)	<input type="checkbox"/> 破 損 <input type="checkbox"/> 汚 損 <input type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> 紛失の状況
---	--

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。