

身体障害者手帳の「再認定年月」延長申請書

令和 年 月 日

兵庫県立身体障害者更生相談所長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

下記のとおり、身体障害者手帳の「再認定年月」の延長を申請します。

本 人	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 _____
	電話番号	(_____) _____
保護者 【15歳未満 の場合】	氏 名	(続柄： _____)
	住 所	※本人と異なる場合に記入してください。 〒 _____
	電話番号	(_____) _____
身体 障害者 手帳	番号・交付日	兵庫県 (_____) 第 _____ 号 年 月 日交付
	手帳記載の 再認定年月	年 月

※この申請をできる人は、手帳記載の再認定年月が令和2年(平成32年)3月から令和3年(平成33年)2月までの人に限ります。

※手帳が兵庫県以外の表記の場合 (_____) 内に記載ください。

※手帳の写しを添付してください。