第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

身体障害者手帳の再認定について

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

**固定文言１**

障害程度に変化が予想され再認定を要するので身体障害者福祉法第１７条の２第１項及び児童福祉法第１９条第１項の規定に基づく診査が必要です。

なお、詳細については、再認定を行うべき月の概ね１か月前に改めて通知されますのでご了知願います。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  | | | | |
| 保 護 者 | 氏　名 |  | | 本人との続柄 |  |
| 住　所 |  | | | |
| 手帳番号 |  | | | | |
| 障 害 名 |  | | | | |
| 等　　級 |  | | 再認定の時期 |  | |
| 再認定を要する理由 | 障害程度に変化が予想されるため | | | | |
| **固定文言２**  備　　考 | **固定文言３＋編集１** | | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |