第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

身体障害者手帳の再認定について（再通知）

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

**固定文言１**

下記の再認定年月までに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を行うよう依頼していますが、身体障害者手帳の再交付申請の手続きが行われていません。

つきましては、身体障害者福祉法第１５条により指定された医師の診断を受けたうえ、下記の期限までに身体障害者手帳の再交付申請の手続きを行ってください。

なお、下記の期限までに再交付申請の手続きが行われなかった場合は、身体障害者福祉法第１６条第２項の規定に基づき手帳の返還を命ずる可能性があります。

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 | | | | |
| 期　　限 |  | | | | |
| **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 |