第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

身体障害者手帳の再認定について（通知）

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

**固定文言１**

このことについて、再認定の時期となりましたので通知します。

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、再認定年月の満了前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。

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 |