

# 身体障害者手帳紛失届

年 月 日

奈良県知事 殿

住所

氏名 ㊟

下記の身体障害者手帳を紛失しましたので、お届けします。なお、再発行手続後に旧手帳を発見した場合は、返却します。

また、身体障害者手帳の記載内容について、必要に応じ、身体障害者手帳交付台帳を有する都道府県等により、その内容の提供を受けることを了承いたします。

記

手帳番号	(都道府県名) 第 号
障害種別	第 種
障害等級	級
障害名	