

身体障害者手帳再交付申請書

写 真 ※ 貼らずに提出してください。

4cm

3cm

令和 年 月 日

申請者

フリガナ							生年 月 日	大正・昭和 平成・令和		年	月	日
氏 名												
居 住 地												
個人番号												
本人(15歳未満の 児童)との続柄							電話番号					

15歳未満の児童

フリガナ							生年 月 日	平成・令和		年	月	日
氏 名												
居 住 地	☐ 申請者に同じ											
個人番号												

宮 崎 県 知 事 殿

先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、以下の理由により再交付を申請します。

- ☐ 別障害が発生したので
☐ 障害程度が変化したので
☐ 再認定の時期がきたので
☐ 紛失・破損し使用に堪えないので (いずれかに○を付けてください)
☐ 令和 年 月 日 のため 障害の手帳を返還しま
 すので、残りの障害について手帳の交付をお願いします。

記

- | | | | | |
|---|--------|---|---|---|
| 1 | 手帳番号 | 第 | | 号 |
| 2 | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 再交付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 3 | 等 級 | 種 | 級 | |
| 4 | 障害名 | | | |

(備考)

身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。