

身体障害者（児）手帳再交付申請書

平成 年 月 日

写真 1枚 脱帽上半身 無背景 (貼らない)	3 cm	居住地										
		ふりがな 氏名 (印)										
	4 cm	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 生										
		個人番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
		電話番号										

15歳未満の ふりがな 児童の氏名	年 月 日 生										
個人番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											(続柄) 男・女

宮崎県知事 殿

先に下記の身体障害者手帳の交付を受けましたが、

- ・ 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
- ・ 紛失したので
- ・ 破損し使用に堪えないので

関係書類を添えて再交付申請いたします。

記

1 手帳番号	県	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) 1 15歳未満の児童の場合は、保護者の個人番号を記入する必要はない。
2 不要の文字は、抹消すること。