

身体障害者(児)手帳再交付申請書

年 月 日

居住地

ふりがな
氏名

大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生

個人番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

電話番号

| | |
|---------------------------------|---------|
| 15歳未満の ふりがな 児童の氏名 個人番号 | 年 月 日 生 |
| | (続柄) |
| | |

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 関係書類を添えて再交付申請いたします。
- ・ 紛失したので
- ・ 破損し使用に堪えないので

記

1 手 帳 番 号

2 交 付 年 月 日 年 月 日

再 交 付 年 月 日 年 月 日

3 等 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。