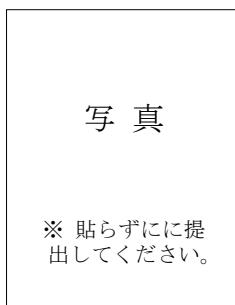


様式第7号（第8条関係）

身体障害者手帳再交付申請書



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	<input type="checkbox"/> 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
再交付年月日	年	月
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。