

様式第7号（第8条関係）

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	<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
すので、残りの障害について手帳の交付をお願いします。

- 1 手帳番号 記 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。