身体障害者手帳再交付申請書

　　　　　　　　　　 　　　　 　年　　 月　 　日

宮崎県知事　　殿

居住地

　 　　　　　 　 ㊞

大正・昭和

年　　　月　　　日 生

平成・令和

個人番号

電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １５歳未満の  児童の | 年　　月　　日生  （続柄）　　 　男・女  個人番号 |  |

　 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　　　　　　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。