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。