

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

薩摩川内市

申請者 住 所
氏 名

身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行令第10条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1 身体障害者手帳の交付を受けた者

ふりがな 氏 名	生 年 月 日	個人番号	ふりがな ※保護者の氏名	※続柄
	大正 昭和 年 月 日 平成 令和			

2 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

番 号	初回交付年月日	障 害 名	級 別	旅客運賃 減額種別	備 考
県(市) 第 号	昭和 平成 令和 年 月 日		級	種	

3 再交付申請の理由

身体障害者手帳の損傷 ・ 身体障害者手帳の紛失

4 関係書類

- (1) 身体障害者診断書(障害程度の変化等の場合に限る。)
- (2) 写真

注1 氏名を自筆で記入したときは、押印を省略することができる。

2 ※印の欄は、身体障害者手帳の交付を受けた者が15歳に満たない場合のみ記入すること。
(※鹿児島県知事以外の者から交付された手帳については、その写しを添付してください。)