

身体障害者(児)手帳再交付申請書

様式第7号(第8条関係)

	令和	年	月	日
本籍地 (都道府県名のみ記入)	_____			
郵便番号	〒	_____	_____	_____
居住地	高砂市 _____			
	電話	(_____)	_____	_____
ふりがな	-----			
氏名	_____			性別 男・女
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生
個人番号	_____			
<p>15歳未満の児童</p> <p>ふりがな -----</p> <p>氏名 _____</p> <p>生年月日 平成・令和 年 月 日生</p> <p>個人番号 _____</p>				
兵庫県知事様				
私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、				
再認定の時期になりましたので 障害の程度が変更しましたので 紛失しましたので 破損し使用に耐えませんので		再交付願いたく		
(旧手帳・関係書類を添えて)申請いたします。				
旧手帳番号	兵庫県 兵東加 第 _____ 号	昭和 平成 年 月 日初回交付 令和		
(障害名)				
(種別・等級)	種	級		

- (備考) 1. 本人の写真(縦4cm×横3cm)を添付してください。
2. 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。