

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	_____				
15歳未満の児童					
ふりがな	-----				
氏名	_____				
生年月日	平成・令和	年	月	日生	
個人番号	_____				
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 令和	年	月	日初回交付)
(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。