

# 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

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規則第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	本籍地 (都道府県)	個 人 番 号	※保護者の氏名 <small>ふりがな</small>	※続柄
	年 月 日				

## 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	種 別	備 考
第 県(市) 号	年 月 日		級	種	

## 3 再交付の理由

障害程度の変化等 ・ 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

- 身体障害者診断書（障害程度の変化等の場合に限る。）
- 写真1枚（縦4cm×横3cm）

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。)