

## 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

連絡先

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<br>氏 名 | 生 年 月 日 | 本籍地<br>(都道府県) | 個人番号 | ふりがな<br>※保護者の氏名 | ※続柄 |
|-------------|---------|---------------|------|-----------------|-----|
|             |         |               |      |                 |     |

## 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<br>減額種別 | 備 考 |
|-----|---------|-------|----|--------------|-----|
|     |         |       |    |              |     |

## 3 再交付申請の理由

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

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。

- ※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、その手帳の写しを添付してください。)