

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 氏 名	生 年 月 日	本籍地 (都道府県)	個人番号	ふりがな ※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 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。)