様式第８号（第７条関係）

身 体 障 害 者 手 帳 再 交 付 申 請 書

|  |
| --- |
| **の　　り** |
| **＜写真＞**  **・１年以内に撮影**  **・縦４㎝×横３㎝**  **・上半身・脱帽・無背景**  **(ｲﾝｽﾀﾝﾄｶﾒﾗ･家庭ﾌﾟﾘﾝﾄ不可)**  **・裏面に氏名** |

　　　　　年　　月　　日

長崎県知事 　様

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

※本人自筆の場合、押印を省略することができます。

下記の理由により、身体障害者手帳の再交付を申請します。

記

１　再交付の理由（該当項目に○を）

　　１　紛　失　　（時期：　　　　　　　　 　　頃）

　２　破　損

　３　その他　　（具体的な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ２　身体障害者手帳の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳番号 | **長崎県** | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | ＊県外手帳の場合：長崎県番号にて再交付 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | 生年月日 | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | 年 | | | 月 | | | 日 | |
| 個　人　番　号 | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 住　所 | 〒 |  |  | |  | | － | |  |  | |  |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 市  　　　　　　　町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | ―　　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

市町処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付日 | 年　　　月　　　日 |

（県への報告には再交付後の手帳の写しを添付）