様式第7の3(第7条の3関係)

手帳受取場所

本 庁 ・( 　　　　 ) 支所

〇で囲むか、記入ください。

身体障害者手帳再交付申請書

　　　　年　　　月　　　日

　　鹿児島市長　殿

申請者　 住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　（　　 　）　　　　－

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7条第1項(第8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る者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 | 生年月日 | 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 | 交付年月日 | 障害名 | 級別 | 備考 |
| 県(市)  第　　　　　号 | 年　　月　　日 |  | 級 |  |

3　再交付申請の理由

　　障害程度の変化等・身体障害者手帳の紛失・身体障害者手帳の損傷

4　添付書類

　(1)　身体障害者診断書(障害程度の変化等の場合に限る。)

　(2)　写真