

身体障害者手帳再交付申請書

平成 年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

居住地 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

M・T・S・H 年 月 日生 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ふりがな	_____
15歳未満の 児童氏名	_____
平成 年 月 日生	性別 男 ・ 女 _____

私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが

{ 紛失しましたので  
 破損し使用に堪えませんので  
 障害程度が変更しましたので  
 新しい障害が追加になりましたので  
 再認定のため  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号	宮 城 県 第 _____ 号	昭和・平成 年 月 日交付
障 害 名		第 _____ 種 _____ 級

備 考

- 1 身体障害のある15歳未満の児童については保護者が代わって申請することになっています。この場合には、児童の氏名及び生年月日を  欄に記入すること。
- 2 不要の文字は、まっ消すること。
- 3 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。