

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者(15歳以上の場合)

ふりがな				電話番号	
氏名					
個人番号					
居住地					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	性別 男・女

申請者(15歳未満の児童の場合)

保護者	ふりがな				児童との続柄	
	氏名					
	居住地					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	電話番号
児童	ふりがな					
	氏名					
	個人番号					
	居住地					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	性別	男・女

私は、次のとおり

紛失のため  
破損し使用に堪えないため  
障害程度変更のため  
障害名追加のため  
その他( )

関係書類を添えて再交付を申請します。

[別冊 カバー]

旧手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日	交付
障害名			等級	種	級

- (注) 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、個人番号、居住地及び生年月日を「申請者(15歳未満の児童の場合)」欄内に記入することとし、保護者の個人番号は、記入する必要がないこと。  
2 理由欄については、該当する項目を○で囲むこと。  
3 身体障害者手帳の再交付と合わせて別冊又はカバーの再交付を希望する場合には、□に✓を入れて選択すること。