

様式第8号(第7条関係)

# 身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

長崎県知事 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

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

のり
<写真>
・1年以内に撮影
・縦4cm×横3cm
・上半身・脱帽・無背景 (インスタカメラ・鞆プリント可)
・裏面に氏名

1 再交付の理由(該当項目に を)

- 紛失 (時期: \_\_\_\_\_ 頃)
- 破損
- 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)