

様式第7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
(インスタントカメラ・家庭プリント不可)
- ・裏面に氏名

1 再交付の理由（該当項目に○を）

1 紛失 (時期： 噎)

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)