

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・凝写不可)
・裏面に氏名

1 再交付の理由（該当項目に○を）

- 1 紛失（時期： 頃）
- 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）