様式第5号(第7条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

　鳥取県知事　　　　　　　様

　身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行令第10条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  | 住所 |
| 届出者 |  |
|  | 氏名　　　　　　　　　　　 |
| ※ | 個人番号 |
| (手帳本人以外の場合、本人との続柄　　　) |

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 既交付の身体障害者手帳 | 氏名 |  | (　　　年　　月　　日生) |
| ※個人番号 |
| 交付年月日及び番号 | 年　　　月　　　日付交付 |
| 　　都道府県・市　　　　第　　　　　　　　号 |
| 障害の種類及び等級 | 　　　　　障害 | 第　　　種　　　級 |
| 再交付を要する理由 | 　1障害程度の変化等・2亡失・3き損 |

(注)　氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

※　届出者欄の個人番号については本人の場合に記載してください。