

様式第 8 号

## 身体障害者(児)手帳再交付申請書

令和 年 月 日

住 所 〒669-

番地

電話番号 (日中連絡が取れる連絡先)

ふりがな

氏 名

生年月日 ( 年 月 日生 )

個人番号

15 歳未満の

ふりがな  
児童の氏名

生年月日 年 月 日生

個人番号

## 兵 庫 県 知 事 様

私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが

( 障害程度が変更しましたので  
紛失しましたので  
破損し使用に耐えられませんので ) 再交付願いたく (旧手帳・関係書類をそえて) 申請  
します。

旧手帳番号 兵庫県 第 3 0 7 5 0 0 号 令和 4 年 1 1 月 3 0 日 交付

障 害 名 老人性難聴//混合性難聴

右聴力レベル 88.8 dB//左聴力レベル 102.5 dB (4 級)

種別・等級 2 種 4 級

(備考)

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  
わって申請することになっている。この場合には、児童氏名、生年  
月日及び個人番号を  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 不要の文字は削除すること。

## 【市記入欄】

提 出 場 所 本庁 ・ 支所

受 取 場 所 本庁 ・ 支所

診断書料助成 非該当 ・ 該当