第八号様式(第十条第一項)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳再交付申請書 年 月 日　　　 千葉県知事 様居住地 (フリガナ)氏 名 　　年　　月　　日生個人番号次の理由により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規則第７条第１項第８条第１項　　　　　の規定により、関係書類を添えて申請します。1 理由（該当する項目を○で囲むこと。）* 紛失
* 破損
* 障害程度の変更
* 障害の追加
* その他（ ）
1. 旧手帳記載内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 旧手帳番号 |  第 号 | 交付年月日 | 年 月 日 |
| 障害名種 別 種等 級 級 |
| 15歳未満の場合 （フリガナ）児童の氏名 生年月日 年 月 日生個人番号申請者との続柄 |  |

 |
| 　注身体障害のある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。この場合、児童の氏名、生年月日、個人番号及び申請者との続柄を記入することとし、保護者の個人番号は記入しないこと。 |