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。 |