

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（ ）

2 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						
[等級 級 種別 種]						
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。