

身体障害者手帳 再交付申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

本籍地 _____ ※都道府県のみ

居住地 習志野市 _____

ふりがな
氏名 _____ 印

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

電話番号 _____ () _____ ※日中連絡のつく番号

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	県第	号	交付年月日	昭・平・令	年	月	日
-------	----	---	-------	-------	---	---	---

障害名

(等級 級)
(種別 種)

15 歳未満の場合

ふりがな
児童の氏名 _____

生年月日 平・令 年 月 日生

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者との続柄 _____

注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。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。

2 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。