

身体障害者手帳 再交付申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

居 住 地 習志野市

(ふりがな)

氏 名

生年月日 大・昭・平・令 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(再認定)

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 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。