|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  （ふりがな）  氏　　名　　　　　　　　　　　　　印  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 | 県第　　　　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  （ふりがな）  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、保護者が代わつて申請すること。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。 | | | | | | |