|  |
| --- |
| 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。 |