|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳再交付申請書  令和　　 年　 　月　　 日  千葉県知事　熊　谷　俊　人　様  居住地　長生郡白子町  （ふりがな）　　　　　　　　　　　 男  氏　名　　　　　　　　　　 　㊞　女  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  第７条第１項  規則　　　　　　　　の規定により、関係書類を添えて申請します。  第８条第１項  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　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、生年月日及び申請者との続柄を記入すること。  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。 |