|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |