**身体障害者手帳再交付申請書**

年　　　月　　　日

**千葉県知事様**

居住地　　八千代市

（ふりがな）

氏　　名

T・S・H・R　　　　年　　　月　　　日生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号

※つながりやすい電話番号をご記入ください

①連絡先　　　　　　　　　　　　　【続柄（　　　　　）】

②連絡先　　　　　　　　　　　　　【続柄（　　　　　）】

　　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

第１２条の３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

　　・紛失　　　　　　　　・障害追加　　　　　　　　・再認定

　　・破損　　　　　　　　・障害程度の変更　　　　　・その他（　　　　　　　　）

２．旧手帳記載内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 旧手帳番号 | 県　第　　　　　　　　号 | 交付年月日 | S ・ H ・ R　　　 年　　 　月　　 　日 |
| 障　害　名 |  | 等　級 | 　　　　種　　　　　級 |
| １５歳未満の場合 | （ふりがな）児童の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（H ・ R　　　 年　　　 月　　 日生） |

市町村受理印

（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。

この場合は、児童の氏名及び生年月日を　　　　欄に記入すること。

氏名については、記入押印又は自筆による署名のいずれかとすること。