

第八号様式（第十条第一項）

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

生年月日 年 月 日生

電話番号

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	S・H・R 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 H・R 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とし、保護者の個人番号は記入しないこと。