

身体障害者手帳再交付申請書

記入例

令和 年 月 日

千葉県知事 様

居 住 地 佐倉市海隣寺町 9 7 番地

(ふりがな) さくら はなこ

氏 名 佐倉 花子

昭和 5 0 年 1 月 1 日生

個人番号 記載なし

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（ 再認定 ）

2 旧手帳記載内容

|                      |                               |       |            |
|----------------------|-------------------------------|-------|------------|
| 旧手帳番号                | 千葉県第○○○○○○○号                  | 交付年月日 | 令和○年○○月○○日 |
| 障害名                  | 疾病による心臓機能障害（1 級）<br>再認定令和○年○月 |       |            |
| (等級 1 級<br>種別 1 種)   |                               |       |            |
| 15歳未満の場合             |                               |       |            |
| (ふりがな) さくら たろう       |                               |       |            |
| 児童の氏名 佐倉 太郎          |                               |       |            |
| 生年月日 令和 2 年 1 月 1 日生 |                               |       |            |
| 個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○  |                               |       |            |
| 申請者との続柄 子            |                               |       |            |

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。