

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

住 所 鴨川市
(ふりがな)

氏 名
生年月日 年 月 日
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、関係書類を添えて申請します。

1 理 由（該当する項目を○で囲んでください。）

- ・ 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 申請者との続柄 個人番号						

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、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。