第八号様式（第十条第一項）

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

（ふりがな）

氏　　名

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（該当する項目を〇で囲むこと。）

- 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 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、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。
　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。

TEL