

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様 住所 _____

(フリガナ)
氏 名 _____
個人番号 _____
生年月日 T S H R 年 月 日生
電話番号 _____

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
- ・再認定
- ・その他 ()

2. 手帳記載内容

手帳番号	_____ 都 道 府 県 市 _____ 第 _____ 号		
交付年月日	S H R _____ 年 _____ 月 _____ 日	等級	_____ 種 _____ 級
障害名			
15歳未満の場合 (フリガナ) 児童の氏名 個人番号 () 生年月日 H R _____ 年 _____ 月 _____ 日生 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、申請者との続柄を記入すること。

記入例

第八号様式(第九条第一項)

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

マンション・アパート名は、住民票どおりに記入してください。

千葉県知事 様 住所 松戸市根本387-5

氏名の旧字体・略字は、戸籍どおりに記入してください。

(フリガナ) マツド ハナコ

氏名 松戸 花子

障害者本人が15歳未満の場合は保護者氏名、15歳以上の場合は本人氏名を記入してください。

個人番号 9876 5432 1000

生年月日 T (S) H R 20年 2月 14日生

電話番号 047-366-7348

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
- ・再認定
- ・その他 ()

現在お持ちの身体障害者手帳のとおりに入力してください。障害が複数ある場合には、全て記入します。

2. 手帳記載内容

手帳番号	千葉 都道府(県)市	第 123456 号
交付年月日	S (H) R 25年 1月 25日	等級 1種4級
障害名 疾病による社会での日常生活活動が著しく制限される心臓機能障害 再認定令和5年1月		

15歳未満の場合

(フリガナ)

児童の氏名

個人番号 ()

生年月日 H R 年 月 日生

申請者との続柄

申請日時点で障害者本人が15歳未満の場合のみ記入してください。

(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、申請者との続柄を記入すること。