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　　男

(ふりがな)
氏　　名　　女

生年月日　　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○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

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、生年月日及び申請者との続柄を記入すること。