

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	
		(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○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			
(ふりがな) 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。			
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。			