

身体障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

居住地

(フリガナ)

氏名

年 月 日生

電話番号 - -

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。）

- | | |
|------------|-----------|
| 1. 障害程度の変更 | 4. 紛失 |
| 2. 障害の追加 | 5. 破損 |
| 3. 再認定 | 6. 写真の更新 |
| | 7. その他（ ） |

2 旧手帳記載内容

旧手帳番号	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 (フリガナ) 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

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、申請者との続柄及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。