身体障害者（児）手帳再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 令和 　年 　月 　日  　住　　　所　　〒　　　－    　ふりがな  　氏　　　名    続　　　柄  　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日生  　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　－  　　　　　　　　　　　　　個人番号   |  | | --- | | １５歳未満の  児童の　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生  個人番号 |   　兵庫県知事　殿  　　次のとおり身体障害者手帳の交付を受けましたが  　　　　障害程度が変更しましたので  　　　　紛失しましたので　　　　　　　　　　関係書類を添えて再交付を申請します。  　　　　破損し使用に堪えませんので  　旧手帳番号　　　　　　　第　　　　　　　号（　　　　　　　年　　　月　　　日交付） |

（備考）　１　身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の保護者が代わって申請することになっている。

この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を 欄に記入することとし、保護者の個人番号は記

入する必要がないこと。

　 ２　不要の文字は抹消すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通知書の送付先 | 備　　考 |  |
| □　申請者住所  　□　その他（宛先を記入）  　　　住所：　〒    　　　氏名： |  |  |

あ