

# 身体障害者（児）手帳再交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

居住地 〒 673-1431

兵庫県加東市 社50番地

ふりがな  
氏名

かとう はなこ  
加東 花子

児童との続柄

〇〇年〇〇月〇〇日生（女）

個人番号

1234 5678 9000

T E L

0795 - 〇〇 - 〇〇〇〇

手帳所持者が15歳未満の場合のみ記入してください。保護者情報は赤文字部分に記入してください。

15歳未満の児童

ふりがな  
氏名

年 月 日生（ ）

個人番号

兵庫県知事 殿

私は、次のとおり

を申請します。

障害程度が変更しましたので

紛失しましたので

破損し使用に堪えませんでしたので

関係書類を添えて再交付

現在所持している手帳の内容を転記してください。

旧手帳番号 兵庫県 第 123456 号（ 〇〇年 〇〇月 〇〇日交付）

障害名 〇〇機能障害（〇級）

種別・等級 1 種 1 級

- (備考) 1. 身体に障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は、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  内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. 不要の箇所は消すこと。