

第8号様式

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者（※本人が15歳未満の児童の場合は保護者の氏名等をご記入ください）

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------|--|--|---|---|----|--|--|--|--|--|
| 居住地 | 船橋市 | | | | | | | | | | |
| ふりがな 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | | | 年 | 月 | 日生 | | | | | |
| 電話番号 | — — | | | | | | | | | | |
| 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | |

【本人が15歳未満の児童】 ※上記の申請者が保護者として手帳に記載されます

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------|--|--|---|---|----|---------|--|--|--|--|
| ふりがな 児童の氏名 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 平成・令和 | | | 年 | 月 | 日生 | 申請者との続柄 | | | | |
| 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | |

※身体障害のある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。その場合には、児童の氏名及び生年月日を記入すること。

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、関係書類を添えて申請します。

1. 理由（該当するものに○を付け、再交付される手帳の受け取り方法をご確認ください）

| 理由 | 手帳の受け取り方法 |
|------------|---|
| ・紛失 | 上記住所へ郵送します ※障害福祉課窓口での受取、又は上記以外の住所への郵送を希望される場合は、お申し付け下さい |
| ・破損 | |
| ・写真貼り替え | |
| ・記載事項訂正（ ） | |
| ・再認定 | |
| ・障害程度の変更 | |
| ・障害部位の追加 | |
| ・その他（ ） | |

2. 旧手帳記載内容

| | | | | | | |
|------|-------------|----|---------------------|-------------|-------|-------|
| 手帳番号 | 県・市・船橋市 第 号 | | | | 交付年月日 | 年 月 日 |
| 障害名 | 視覚 | 聴覚 | 音声・言語 | 平衡・そしゃく | 等級 | 種級 |
| | 心臓 | 腎臓 | 肢体不自由（上肢/下肢/体幹/脳原性） | | | |
| | 小腸 | 免疫 | 肝臓 | 呼吸器 ぼうこう・直腸 | | |