この書類は郵送可能です。（出張所・連絡所でもお預かりします。）　障害福祉課

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　　男・女 |
| 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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 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窓口での受け取り、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ください |
| ・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  | 等級 | 　　　　種　　　　級 |

 |

*令和６年４月版*