身体障害者手帳再交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

居　住　地　　**〇〇市〇〇〇町〇〇丁目〇〇番地**　　続　柄

ふり　がな　　　え　ひめ　た　ろう
氏　　名　　　**愛　媛　太　郎**

個人番号　○○○○○○○○○○○○　**昭和**〇年〇月〇日生

15才未満の
ふりがな
児童の氏名

年　月　日生

個人番号　□□□□□□□□□□□□

愛媛県知事　中村　時広　様

私は、次のとおり（紛失しましたので／破損し使用に堪えませんので／[✓ 障害程度が変更しましたので]）
関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号　**愛媛**県第〇〇〇〇〇〇〇号　（**平成**〇〇年〇〇月〇〇日交付）

備考　（1）　身体障害のある15才未満の児童については、保護者が代わつて申請することになつている。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）　紛失の場合であつて身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）第８条第１項第２号に掲げる書類を提示するとき、又は破損の場合は、個人番号の記入を省略することができる。

（3）　不要の文字は抹消すること。