|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **身体障害者（児）手帳再交付申請書** |  |
|  |  | 令和　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 〒　　　　　－ |  |
|  | 居住地 | 川西市 |  |
|  |  | 電話番号　（　　　　　）　　　　　－　　　　　 |  |
|  | 児童との続柄 |  |
|  | ふりがな |  |  |
|  | 氏名 | ㊞　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
|  | 生年月日 | 　　　　大 ・ 昭 ・ 平　・　令　　　　　年　　　　月　　　　日生 |  |
|  | 個人番号 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 15歳未満の児童 |  |
|  | ふりがな |  |
|  | 氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  |
|  | 生年月日　　　　　　平　・　令　　　　　年　　　　月　　　　日生 |  |
|  | 個人番号（児童） |  |
|  |  |  |  |
|  | 兵庫県知事様私はさきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、障害程度が変更障害手帳が紛失　　しましたので再交付を願いたく（旧手帳・関係書類）を添えて障害手帳が破損　　申請いたします。旧手帳番号　　　　　県第　　　　号　（　昭・平・令　　　年　　　月　　　日初回交付） |  |

（備考）

１　身体障がいのある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　　　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　※は15歳未満の児童についてのみ記入すること。

３　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。