**身体障害者(児)手帳再交付申請書**

令和　　年　　月　　日

居　住　地　　西条市

電話番号　　(　　　　)　　　－　　　　　　　　　　　続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　男・女

　　年　　月　　日生

個人番号

|  |
| --- |
| １５才未満の児童の男・女　　　　　　年　　月　　日生個 人 番 号 |

愛媛県知事　中村　時広　様

紛失しましたので

私は次のとおり　　　　　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　　　　県　第　　　　　　号　(　　　　年　　月　　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.　不要の文字は抹消すること。