様式第11号(第12条関係)

**身体障害者手帳再交付申請書**

年　　月　　日

　　居住地

続柄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ふりがな  氏名 |  |

　　個 人 番 号

男　女

　　　　　　　　　　　年　　月　　日生

　　連 絡 先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 15歳未満の児童の | |
| ふりがな  氏名 |  |
| 年　　月　　日生  　男　女  個人番号 | |

　　　　佐賀県知事　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 私は、さきに手帳の交付を受けましたが | 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  その他の理由により  （　　　　　　　） | 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) |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する手帳の形態  （どちらか一方のみ） | * 紙型　　　　　□　カード型 |

　注　1　身体に障害のある15歳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、児童の氏名及び生年月日を　　欄に記入することし、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。