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。