様式４－２（県細則第４号様式の４（第６条関係））

身体障害者手帳再交付申請書（１５歳未満用）

（和暦）　　　　　　年　　　月　　　日

山梨県知事　殿

申請者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | 児童との続柄 |  |
| 生年月日 | （和暦） | 年　　　月　　　日 | | |

次の者について、身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行令第１０条第１項の規定により申請します。

１５歳未満の者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | □申請者に同じ | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | （和暦）　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | 性別（任意） | | |  | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付申請理由 | （１）　障害程度が変更した。  （２）　紛失した。  （３）　破損のため使用できない。 |
| 既交付の  身体障害者手帳 | 手帳番号　　　　　　　　　県　第　　　　　　　号  交付年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  等級　　　　　　　　　種　　　　級  障害名 |

|  |
| --- |
| ※  （和暦）　　　年　　　月　　　日　受理  　更生医療予定　　有　・　無 |

|  |
| --- |
| ※ 県使用欄 |

|  |
| --- |
| 注１　顔写真（縦４ｃｍ×横３ｃｍ）を添えて提出してください。  注２　「※」の欄には、申請者は記入しないでください。 |