様式第６号（第６条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳再交付申請書  年　　　月　　　日  愛知県知事　殿      　　　　　　　　生年月日　 　　　　　年　　 　月　　 　日生  　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　電話番号　（　　　　）　　　　―  　　　　　　　　15歳未満の児童との続き柄 | | | |
|  | 15歳未満の児童    　　生年月日　 　　　　　年　 　　月　 　　日生  　　個人番号 | |  |
| 先に身体障害者手帳の交付を受けましたが、〔 〕から再交付してくださるよう申請します。  旧手帳番号　　　　　　　　県第　　　　　　号　　種　　級  （　　　　　年　　　月　　　日交付） | | | |
| 障害名 | | 〔　　　　　　　　　　　　　　　〕 | |

備考　　身体に障害のある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ます。この場合は、児童との続き柄並びに児童の氏名、生年月日及び個人番号を記載することとし、保護者の個人番号を記載しないでください。