

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。  
令和2年5月19日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第34号

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

身体障害者福祉法施行細則（昭和34年香川県規則第36号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前																																																																														
<p>第9号様式（第11条関係）</p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td style="width: 50px;">市福祉事務所・町受付</td> <td style="width: 50px;">県受付</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">身体障害者手帳再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 ⑥</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>次のとおり関係書類を添えて、再交付を申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">申 請 理 由 (該当する□に○を記入すること。)</td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/>紛失  <input type="checkbox"/>障害程度の変更  <input type="checkbox"/>再認定時期の到来  <input type="checkbox"/>その他 ( )         </td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/>破損  <input type="checkbox"/>障害の追加         </td> </tr> <tr> <td>本人記載事項</td> <td>ふりがな</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>個人番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>居住地</td> <td>性別</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>保護者記載事項</td> <td>ふりがな</td> <td>続 柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>居住地</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体障害者手帳記載事項</td> <td>手帳番号</td> <td>都道府県(市) 第 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>交付年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>障害名</td> <td>種別及び等級</td> <td>種 級</td> </tr> </table> <p>注 1 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。</p> <p>2 次の書類を添付してください。</p> <p>(1) 紛失した場合にあっては、写真（申請前1年以内に脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（申請者の申出により、<u>知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で面部を布などで覆うことを認める場合を除く。</u>）であること。以下同じ。）</p> <p>(2) 破損した場合にあっては、身体障害者手帳及び写真</p> <p>(3) 障害程度が変更した場合又は再認定の時期が到来した場合にあっては、診断書、身体障害者手帳及び写真</p> <p>3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。</p> <p><u>4 紛失又は破損した場合の申請であって、運転免許証その他の身体障害者福祉法施行規則第8条第2号に掲げる書類を提示するときは、個人番号の記載を要しません。</u></p>	市福祉事務所・町受付	県受付			申 請 理 由 (該当する□に○を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 障害程度の変更 <input type="checkbox"/> 再認定時期の到来 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 障害の追加	本人記載事項	ふりがな	生年月日	年 月 日		個人番号				居住地	性別	男・女	保護者記載事項	ふりがな	続 柄			居住地			身体障害者手帳記載事項	手帳番号	都道府県(市) 第 号			交付年月日	年 月 日			障害名	種別及び等級	種 級	<p>第9号様式（第11条関係）</p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td style="width: 50px;">市福祉事務所・町受付</td> <td style="width: 50px;">県受付</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">身体障害者手帳再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 ⑥</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>次のとおり関係書類を添えて、再交付を申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">申 請 理 由 (該当する□に○を記入すること。)</td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/>紛失  <input type="checkbox"/>障害程度の変更  <input type="checkbox"/>再認定時期の到来  <input type="checkbox"/>その他 ( )         </td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/>破損  <input type="checkbox"/>障害の追加         </td> </tr> <tr> <td>本人記載事項</td> <td>ふりがな</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>個人番号</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>居住地</td> <td>性別</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>保護者記載事項</td> <td>ふりがな</td> <td>続 柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>居住地</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>身体障害者手帳記載事項</td> <td>手帳番号</td> <td>都道府県(市) 第 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>交付年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>障害名</td> <td>種別及び等級</td> <td>種 級</td> </tr> </table> <p>注 1 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。</p> <p>2 次の書類を添付してください。</p> <p>(1) 紛失した場合にあっては、写真（申請前1年以内に脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（<u>以下同じ。</u>）</p> <p>(2) 破損した場合にあっては、身体障害者手帳及び写真</p> <p>(3) 障害程度が変更した場合又は再認定の時期が到来した場合にあっては、診断書、身体障害者手帳及び写真</p> <p>3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。</p>	市福祉事務所・町受付	県受付			申 請 理 由 (該当する□に○を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 障害程度の変更 <input type="checkbox"/> 再認定時期の到来 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 障害の追加	本人記載事項	ふりがな	生年月日	年 月 日		個人番号				居住地	性別	男・女	保護者記載事項	ふりがな	続 柄			居住地			身体障害者手帳記載事項	手帳番号	都道府県(市) 第 号			交付年月日	年 月 日			障害名	種別及び等級	種 級
市福祉事務所・町受付	県受付																																																																														
申 請 理 由 (該当する□に○を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 障害程度の変更 <input type="checkbox"/> 再認定時期の到来 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 障害の追加																																																																													
本人記載事項	ふりがな	生年月日	年 月 日																																																																												
	個人番号																																																																														
	居住地	性別	男・女																																																																												
保護者記載事項	ふりがな	続 柄																																																																													
	居住地																																																																														
身体障害者手帳記載事項	手帳番号	都道府県(市) 第 号																																																																													
	交付年月日	年 月 日																																																																													
	障害名	種別及び等級	種 級																																																																												
市福祉事務所・町受付	県受付																																																																														
申 請 理 由 (該当する□に○を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 障害程度の変更 <input type="checkbox"/> 再認定時期の到来 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 障害の追加																																																																													
本人記載事項	ふりがな	生年月日	年 月 日																																																																												
	個人番号																																																																														
	居住地	性別	男・女																																																																												
保護者記載事項	ふりがな	続 柄																																																																													
	居住地																																																																														
身体障害者手帳記載事項	手帳番号	都道府県(市) 第 号																																																																													
	交付年月日	年 月 日																																																																													
	障害名	種別及び等級	種 級																																																																												

#### 附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に提出されている改正前の第9号様式による身体障害者手帳再交付申請書は、改正後の第9号様式による身体障害者手帳再交付申請書とみなす。