

様式第8号（第9条関係）

写真の大きさ ・縦4cm×横3cm （上半身・無帽） ・写真は貼らずに お持ちください。	松本市収受印	再調査収受印	受理番号
			更生医療
			手術年月日 年 月 日

写真あり 写真なし

身体障害者手帳再交付申請書

(宛先) 松本市長 年 月 日

居住地

ふりがな氏名 年 月 日生

個人番号

続柄
(ただし、15歳未満の児童の場合)

15歳未満の
ふりがな
児童の氏名 年 月 日生
個人番号

私は、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、下記理由により、再交付してください。

記

1 再交付申請理由

(1) 障害程度が変更した。 (2) 再認定 (3) 紛失した。
 (4) 破損のため使用できない。 (5) その他 ()

2

旧手帳番号	県 第 号 (年 月 日交付)		
(旧)障害名		種	級

- (備考) 1 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。この場合、児童の氏名、生年月日及び個人番号を□欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 写真を添付すること。
- 3 不要の文字は、抹消すること。

松本市処理欄

番号確認書類	身元確認書類	備 考	事務担当者
個人番号カード 通知カード 個人番号付住民票 その他 ()	個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 パスポート 保険証 その他 ()	送付先 <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> その他 <small>→台帳付表必要</small> 交付場所 <input type="checkbox"/> 本庁・ <input type="checkbox"/> 西部	
種 級 (再認定 年 月)			審査会 書類審査