

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) 年 月 日
 松本市長

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 ()	交付方法 <input type="checkbox"/> 郵送(再発行のみ)・ <input type="checkbox"/> 窓口 送付先 <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> その他→台帳付表必要 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