

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

申請者	住 所	青森市
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	
	電 話 番 号	- -

15歳未満の児童	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 電話番号 - -		
通知送付先	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請書提出者		

青森市長 様

私は、次のとおり

紛失しましたので  
破損し使用に堪えませんので  
障がい程度が変更しましたので  
障がい名が追加になりましたので  
新様式に切替えを希望しますので

関係書類を添えて再交付を申請します。

旧手帳番号	第	号（	年	月	日交付）
-------	---	----	---	---	------

(注) 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。児童の氏名、生年月日及び個人番号を15歳未満の児童の欄に記入してください。なお、保護者の個人番号は記入する必要がありません。

受付印	システム 処理欄
-----	-------------