

様式第9号

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

居住地

(フリガナ)
氏 名

生年月日 年 月 日

電 話 ()

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15才未満の

フリガナ

児童の氏名

生 年 月 日 年 月 日

個 人 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私、さきに身体障害者手帳の交付を受けましたが、

{ 障害程度が変更しましたので
障害名が追加(変更)しましたので
有期再認定のため
紛失しましたので
破損したため
写真更新のため }

再交付願いたく(旧手帳関係書類を添えて)
申請いたします。

旧 手 帳 番 号

市・県 第 号

旧手帳交付年月日

年 月 日

障 害 名

等 級

種 級

再 認 定 年 月

年 月