

第9号様式(第10条関係)

年 月 日

青森県知事 殿

申請者 住 所

続柄

氏 名

男・女

年 月 日生

個人番号

15歳未満の児童 (ふりがな) 氏 名	男・女
	年 月 日生
個人番号	

身体障害者手帳再交付申請書

下記の身体障害者手帳を [破った] ので、身体障害者福祉法施行規則第8条第1項の規  
[汚した]  
[失った]

定により、関係書類を添えて再交付を申請します。

記

旧手帳番号 都道府縣市 第 号( 年 月 日交付)

注1 身体に障害のある15歳未満の児童については、保護者が申請することになって  
いるので、この場合には児童の氏名、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 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。