

様式第 15 号 (第 10 条関係)

※受理年月日	年	月	日
--------	---	---	---

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者の住所  
申請者の氏名 ㊟  
申請者の個人番号  
現行の手帳番号 号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定により手帳の再交付を申請します。

申請理由	1 手帳を破ったため 2 手帳を汚したため 3 手帳を紛失したため			
※申請者の状況	氏名		新たな手帳番号	.....
			既存の手帳番号	.....
	住所	〒		個人番号
	備考			

添付書類

手帳を破り、又は汚した場合にあっては、その手帳  
注 ※印欄は記入しないこと。