

※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。