

聖籠町告示第二十九号

聖籠町精神障害者保健福祉手帳交付実施要領を次のように定める。

平成二十五年四月一日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町精神障害者保健福祉手帳交付実施要領

(目的)

第一条 この告示は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第二百二十三号)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和二十五年政令第五百十五号。以下「施行令」という。)及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和二十五年厚生省令第三十一号。以下「施行規則」という。)の規定に基づき、一定の精神障害の状態にある者に対し、精神障害者保健福祉手帳(以下「手帳」という。)を交付することにより、各方面の協力による各種の支援策が講じられることを促進し、もって精神障害者の自立並びに社会復帰及び社会参加の促進を図ることを目的とする。

(手帳交付の手続)

第二条 手帳の交付の申請は、障害者手帳申請書(様式第一号)に、第一号又は第二号及び第三号に掲げる書類を添えて町長に提出して行うものとする。

一 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書(様式第二号。精神障害に係る初診日から起算して六月を経過した日以後における診断書に限る。)

二 精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写しで、次のいずれかに掲げるもの(精神障害者を支給事由とする年金給付については、施行規則第二十三条の規定による。)

ア 年金証書（年金裁定通知書と一体となっている証書についてはその部分を含む。）及び直近の年金振込通知書又は年金支払通知書

イ 特別障害給付金受給資格者証（特別障害者給付金支給決定通知書）及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）

三 精神障害者の写真で、次に掲げるすべての条件を満たすものの

ア 縦四センチメートル×横三センチメートルで、脱帽して上半身を写したものであること。

イ 手帳の申請時から一年以内に撮影したものであること。

2 前項第二号に掲げる書類が整わない場合又は当該書類により確認できない場合は、次条第三項による照会を行うため、本人の同意書（様式第三号）を提出させるものとする。

3 手帳の交付は、精神障害者本人が申請するものとする。ただし、家族又は医療機関職員等が、手帳の申請書の提出又は手帳の受取手続を代行する場合に限り、当該申請等を認めるものとする。

4 郵送での手帳交付を希望する者は、返信用封筒を併せて提出するものとする。この場合において、当該郵送にかかる費用は、申請者又は手続代行者の負担とする。（審査及び判定）

第三条 町長は、第二条第一項第一号に掲げる医師の診断書が添付された申請を受けたときは、手帳の交付の可否及び障害等級の決定をするため、様式第四号により新潟県精神保健福祉センター所長（以下「精神保健センター所長」という。）に判定を求めなければならない。

2 町長は、第二条第一項第二号に掲げる年金証書等の写

しが添付された申請を受けたときは、精神保健センター所長の判定を要することなく、手帳交付の可否及び障害の等級を決定することができる。この場合において、施行令第六条の規定に基づく等級に応じ、年金一級を手帳一級とし、年金二級を手帳二級とし、年金三級を手帳三級とする。

3 年金を現に受けていることを証する書類が整わない場合又は特別障害給付金受給資格者証でも確認できない場合は、第二条第二項の同意書を添付し、年金事務所等に対して、様式第五号により照会を行う。

4 町長は、第一項による判定の結果、手帳非該当の決定をした場合は、様式第六号により、前二項による認定の結果、手帳非該当の決定をした場合は様式第七号により、速やかにその旨を申請者に対して通知する。

（手帳の様式）

第四条 手帳の様式は、様式第八号とする。

（手帳の交付）

第五条 町長は、障害等級の認定手続後、又は様式第九号により精神保健センター所長からの判定結果の通知を受理した後、必要事項を記入し、及び精神障害者の写真を貼付（改ざん防止保護シートを写真の上に貼付）し、申請者に対して手帳を交付するものとする。

2 手帳の交付日は、町長が申請書を受理した日とし、手帳の有効期限は交付日から二年が経過する日の属する月の末日とする。

3 手帳に記載する手帳番号は、上六桁には聖籠町の市町村番号を記載し、下四桁の番号は交付の際に順次記載していくものとする。

4 第一項の手帳を交付する場合において、町長は、申請者又は申請及び受理の手續を代行した者に対し、町の窓口において受領する者には様式第十号により、郵送で受領する者には様式第十一号により、交付した旨と受領方法について通知するものとし、受領にあたっては、当該通知書により身分確認をするものとする。

5 町長は、手帳非該当となった者で、申請時に返信用封筒を添付した者については、非該当通知を送付するとき、併せて返送するものとする。

6 町長は、四半期ごとに各月分の交付状況を様式第十二号により、所管保健所を経由し、新潟県障害福祉課長に報告しなければならない。

(手帳の更新)

第六条 手帳の有効期間の延長を希望する場合の更新の手續については、この条に定めるもののほか、第二条の手續を行う場合に準ずるものとする。

2 更新手續は、手帳の有効期限の日の三月前から申請を行うことができる。ただし、有効期限の経過後であつても、更新後の有効期限内に限り、更新の申請を行うことができる。

3 更新申請には、手帳を添付するものとする。ただし、精神障害者保健福祉手帳交付台帳（様式第十三号。以下「台帳」という。）において手帳の所持を確認できるときは、手帳の添付がない場合においても更新手續を開始することができる。

4 町長は、精神保健センター所長から、更新申請を行つた者についての判定結果を受理したとき、又は町においての認定手續により障害等級に定める精神障害の状態にあると認めたときは、次の各号のいずれかの手続により、

手帳の更新を行う。この場合において、前項ただし書の規定にかかわらず、手帳を提出させるものとする。

一 手帳に記載した更新欄に新たに有効期限を記載するとともに、その末尾に訂正印を押印し、申請者に返還する。

二 障害等級を変更したとき、及び、有効期限の更新欄がなくなつたときは、当該者の手帳と引換えに、新たに手帳を交付する。この場合において、精神障害者の写真については新たなものとし、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一にする。

5 更新後の有効期限は、更新前の有効期限の二年後の日までとする。

6 町長は、四半期ごとに各月分の交付状況を様式第十二号により、所管保健所を経由し、新潟県障害福祉課長に報告しなければならない。

(町の区域を越える住所変更の届出)

第七条 手帳の交付を受けた者は、町の区域外から住所を変更したときは、三十日以内に町長にその旨を届けなければならぬ。この場合において、住所変更の届出は、この条に定めるもののほか、第二条の手續を行う場合に準じ、届出にあつては、旧手帳を添えて様式第十四号による届出を行うとともに、様式第一号による交付申請を行う。

2 町長は、前項の届出を受理したときは、旧手帳と引換えに、新手帳を交付する。この場合において、手帳の障害等級及び有効期限は、旧手帳と同一のものとし、手帳番号、交付日及び精神障害者の写真については、新たなものとする。

3 町長は、第一項の届出を受理したときは、手帳を交付

した旧居住地の都道府県知事又は市町村長に、その旨を通知しなければならない。

(氏名の変更又は市の区域内での住所変更の届出)

第八条 手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は町内において居住地を変更したときは、三十日以内に手帳を添えて様式第十四号により、町長にその旨を届けなければならない。

2 町長は、変更前の氏名又は住所に二重線を引き、訂正印を押印し、手帳に変更内容を記載(記載欄が足りない場合は、記載事項変更欄へ記載)の上、当該者に返還しなければならない。

(障害等級の変更申請)

第九条 手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期間内において、障害の状況が変化し、手帳に記載された障害等級以外の等級に該当する場合、障害等級の変更の申請を行い、判定を求めることができる。

2 障害等級の変更申請の手続は、次項及び第四項に示すもののほか、第二条の手続の場合に準ずる。

3 町長は、精神保健センター所長から判定結果を受理したとき、又は町においての認定手続により障害等級に定める精神障害の状態にあると認めたときは、先に交付した手帳と引換えに新たに手帳を交付する。この場合において、手帳番号及び交付日は、旧手帳と同一とし、有効期限については、変更決定を行った日(精神保健センター所長から判定結果を受理した翌日又は町においての認定手続により障害等級に定める精神障害の状態にあると町が確認した日をいう。)から二年が経過する日の属する月の末日とする。

4 前項の規定による手帳を交付する場合において、精神

障害者の写真については、第二条の手續の場合に準じて提出されたものを貼付し、当該手帳の記載事項変更欄又は予備欄に変更事由（変更申請による等級変更を含む。）及び変更決定日を記載するものとする。

5 町長は、四半期ごとに各月分の交付状況を様式第十二号により、所管保健所を経由し、新潟県障害福祉課長に報告しなければならない。

（再交付）

第十条 手帳を破り、汚し、又は紛失した者は、障害者手帳再交付申請書（様式第十五号）により、町長に再交付の申請をすることができる。

2 町長は、台帳により申請事項を確認の上、新たな手帳の記載事項変更欄又は予備欄に再交付の印と再交付年月日を押印し、交付する。

3 紛失した手帳を発見したときは、速やかにこれを町長に返還しなければならない。

（手帳の返還等）

第十一条 次のいずれかに該当する場合は、交付された手帳を町長に返還しなければならない。

一 手帳の交付を受けた者が死亡したとき。

二 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったとき。

2 前項第一号の場合においては、戸籍法（昭和二十二年法律第二百二十四号）第八十七条の規定による届出義務者が返還するものとする。

（台帳の作成及び管理）

第十二条 町長は、台帳を作成し、整理しておくものとする。

2 町長は、手帳の記載事項に変更があつたときのほか、

次に掲げるときは、台帳の該当部分を訂正又は削除する。

一 住所又は氏名の変更申請を受理したとき。

二 手帳の返還を受けたとき。

三 手帳を再交付したとき。

3 町長は、手帳を交付した者について、明らかに変更等の事由があるとき、その家族等に調査を実施した後、職権で加除訂正できることとし、台帳の管理を行うものとする。

(自立支援医療費の同時申請)

第十三条 手帳の交付を受けようとする者は、手帳の新規又は更新の申請を行う場合において、診断書(様式第二号)を添付することにより、手帳申請と同時に自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定の申請(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則(平成十八年厚生労働省令第十九号)第三十五条に基づく申請をいう。以下同じ。)を行うことができる。

2 町長は、前項の申請を受けた場合は、自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定は保健所長が行うことから、精神保健センター所長へ自立支援医療費(精神通院医療)の同時申請である旨を通知するとともに、申請書に診断書の原本を添付し判定依頼を行い、保健所長には手帳の同時申請である旨を通知するとともに、申請書に診断書の写しを添付し、進達するものとする。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成二十五年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際、現に新潟県精神障害者保健福祉手帳交付実施要領の規定により交付された手帳については、当該手帳の有効期限までの間、この告示の規定によ

り交付されたものとみなす。



様式第1号 (第2条関係)

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳申請書

聖籠町長 様

年 月 日

私は、次の事項(○印)について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の

(新規交付・更新・障害等級変更・町の区域を越える住所変更による手帳交付)

申請者 精神障害者 本人	ふりがな	性 別	男・女	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏 名				
住所	〒				
(電話)					
家族の連絡先(申請者が18歳未満の場合)	ふりがな	本人との続柄			
氏 名	〒				
住所	〒				
(電話)					
添付書類	1 医師の診断書(手帳用)				
	2 年金証書等の写し(級)・同意書				
	3 特別障害給付金受給者証等の写し(級)・同意書				
	4 写真(縦4cm×横3cm)				
既存手帳	※有効期限	年 月 日	※手帳番号		
	ふりがな	本人との続柄			
申請書 提出者	氏 名	〒			
	住 所	〒			
(電話)					

添付書類(以下のいずれか)

- 1 医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)
- 2 年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し
- 3 特別障害給付金受給資格者証(特別障害給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写し

注1 ※印欄は、記入しないで下さい。

2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲んで下さい。

3 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所、各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。

4 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏名	明治・大正・昭和・平成		日生()	歳	男・女
住所					
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード () ICDコード () 身体障害者手帳(有・無、種別) 級)			
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成	年	月	日
③ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容(推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容などを記載する)	(推定発病時期	年	月	日	
*器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日	*(疾患名				
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)	年 月 日)				
(1) 抑鬱状態	1 思考・運動抑制	2 易刺激性、興奮	3 抑鬱気分	4 その他()	
(2) そう状態	1 行為心迫	2 多弁	3 感情高揚・易刺激性	4 その他()	
(3) 幻覚妄想状態	1 幻覚	2 妄想	3 その他()	4)	
(4) 精神運動興奮及びこん迷の状態	1 興奮	2 こん迷	3 拒絶	4 その他()	
(5) 統合失調症等残遺状態	1 自閉	2 感情平板化	3 意欲の減退	4 その他()	
(6) 情動及び行動の障害	1 爆発性	2 暴力・衝動行為	3 多動	4 食行動の異常	5 チツク・汚言
(7) 不安及び不穏	1 強度の不安・恐怖感	2 強迫体験	3 心的外傷に関連する症状	4 解離・転換症状	5 その他()
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)	1 てんかん発作 発作型()	頻度()	最終発作()	年	月
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等	1 アルコール	2 覚醒剤	3 有機溶剤	4 その他()	
ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遷延性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること)	エ その他()				
(10) 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月 から)	知能・記憶・学習・注意の障害	1 知的障害(精神遅滞)	ア 軽度	イ 中等度	ウ 重度
	1 認知症	ア 軽度	イ 中等度	ウ 重度	3 その他の記憶障害 ()
	4 学習の困難	ア 読み	イ 書き	ウ 算数	エ その他 ()
	5 遂行機能障害	6 注意障害	7 その他()		
(11) 広汎性発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害	2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害	3 限定した常同的で反復的な関心と活動	4 その他()	
(12) その他()					

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等(てんかん発作については、転倒や自動症の有無と頻度を記載)

検査所見：検査名、結果、時期

⑥ 生活能力の状態 (アパートでの単身生活等、保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する)

1 現在の生活環境

入院・入所(施設名) ・在宅(ア 単身・イ 家族等と同居) ・その他()

2 日常生活能力の判定(該当するものを○で囲む)

(1) 適切な食事摂取

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2) 身の清潔保持、規則正しい生活

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3) 金銭管理と買物

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4) 通院と服薬(要・不要)

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5) 他人との意思伝達・対人関係

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6) 身の安全保持・危機対応

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7) 社会的手続や公共施設の利用

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8) 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度

(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む)

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。

(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。

(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。

(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。

(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等(就労している場合は、正職員かパートか、保護的就労か等、就労状況についても記載する)

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況(該当する番号を○印で囲む)

1 障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練) 2 共同生活援助(グループホーム) 3 共同生活介護(ケアホーム) 4 居宅介護(ホームヘルプ) 5 その他の障害福祉サービス()
6 訪問指導 7 精神科デイケア・ナイトケア 8 生活保護

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名(自署又は記名捺印)

様式第3号 (第2条関係)

同 意 書

年 月 日

聖籠町長 様

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日 (印)

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、私の障害の等級及び支給事由について年金事務所(年金を支給する共済組合・特別障害給付金については日本年金機構プロック本部)に照会することに同意します。

様式第4号 (第3条関係)

第 年 月 日 号

新潟県精神保健福祉センター所長 様

聖籠町長

精神障害者保健福祉手帳の判定について(依頼)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定により申請があった精神障害者保健福祉手帳について、判定を依頼します。

なお、自立支援医療(精神通院医療)の支給認定を同時申請しているものについては、判定結果を 保健所へ通知くださいますようお願いいたします。

記

精神障害者保健福祉手帳申請	件
新規交付申請	件
更新申請	件
障害等級変更	件

様

聖籠町長

精神障害者の障害の等級について(照会)

このことについて、別紙対象者の精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、障害の等級等を確認する必要があるため、下記により回答願います。
なお、対象者の同意書を添付します。

記

1 照会事項 別紙対象者の 年 月 日現在の障害等級

2 回答年月日 年 月 日()まで

3 添付書類
・対象者名簿
・対象者同意書
・回答用紙(2部)

4 その他 手帳の交付に当たり、現在受給している障害年金(特別障害給付金)が精神障害を支給事由とするものであるか確認する必要がありますので、支給事由がわかる場合は、その旨必ず記載してください。

不 承 認 通 知 書

(申請者) 様

聖籠町長

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付申請は、障害等級認定の結果、下記により承認されませんでしたので通知します。

記

1 理 由

付 記

- 1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、町長に異議申立てをすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内(この決定についての異議申立てを行った場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内)に、聖籠町を被告(訴訟においては町長が被告の代表者となります。)として新潟地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます。

通 知 書

(申請者) 様

聖籠町長

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付申請は、障害等級認定の結果、下記により承認されませんでしたので通知します。
なお、年金証書等の写しの提出のみをもって承認されなかった場合も、診断書(第2号様式)添付により改めて申請することができるとを申し添えます。

記

1 理 由

付 記

- 1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、町長に異議申立てをすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内(この決定についての異議申立てを行った場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内)に、聖籠町を被告(訴訟においては町長が被告の代表者となります。)として新潟地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます。

様式第9号 (第9条関係)

第 号
年 月 日

聖籠町長 様

新潟県精神保健福祉センター所長

精神障害者保健福祉手帳の判定結果について(通知)

年 月 日開催の精神障害者保健福祉手帳の判定会議において、別紙のと
おり判定したので通知します。

様式第10号 (第5条関係)

年 月 日

(申請者又は代行者) 様

聖籠町長

精神障害者保健福祉手帳の交付について(お知らせ)

様の精神障害者保健福祉手帳の(交付・更新・等級変更・再交付・住所変更による交付)の申請は承認されましたのでお知らせします。下記の方法により手帳をお受け取りください。

なお、家族、医療機関等関係者職員が手続の代行をした場合は、手帳受け取り後、当該申請書本人に手帳をお渡しくださるようお願いいたします。

記

お受け取り方法

年 月 日以降、本通知持参の上、聖籠町役場 課まで受け取りに来所ください。

※なお、手帳の更新、等級変更申請時に手帳を添付されなかった方は、お持ちの手帳も必ずお持ちください。

様式第11号 (第5条関係)

年 月 日

(申請者又は代行者) 様

聖籠町長

精神障害者保健福祉手帳の交付について(お知らせ)

様の精神障害者保健福祉手帳の(交付・更新・等級変更・再交付・住所変更による交付)の申請は承認されましたので、手帳をお送りします。

なお、家族、医療機関等関係者職員が手続の代行をした場合は、手帳受け取り後、当該申請書本人に手帳をお渡しくださるようお願いいたします。

様式第12号 (第5条関係)

第 号
年 月 日

新潟県障害福祉課長 様

聖籠町長

精神障害者保健福祉手帳申請・交付状況について(報告)

年度第四半期における手帳の(交付・更新・等級変更)の申請について、別紙
のとおり交付したので報告します。

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳記載事項変更届

聖籠町長 様

年 月 日

申請者の住所
 申請者の氏名
 現行の手帳番号 印 号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条 第2項 第4項 の規定により次のとおり届け出ます。

届出区分	精神障害者保健福祉手帳の				
	(1 町の区域を越える住所変更 2 町の区域内の住所変更 3 氏名変更)				
変更内容	旧				
	新				
※申請者の状況	氏名	住所	干		
		備考			
	氏名	新たな番号 手帳番号	既存の 手帳番号		

添付書類

- 1 手帳
- 2 町の区域を越える住所変更の場合にあっては、聖籠町精神障害者保健福祉手帳交付実施要領様式第1号により作成した書類

注1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。
 注2 ※印欄は、記入しないこと。

※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
 現行の手帳番号 印 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		
	氏名	住所	新たな手帳番号						
			既存の手帳番号						
※申請者の状況		〒						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。