

障害者手帳再交付申請書

(宛先)

市町村長

※市町村名	
※整理番号	
収受印	

私は、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について、次の事項（該当に○）の届出・申請をします。

1 再交付申請（理由 ①汚れ ②破り ③紛失）

2 写真なしから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

氏 名

住 所

生年月日

年 月 日

手帳番号

0						
---	--	--	--	--	--	--

※ 変更を伴うものには使用できません。

※ 再交付申請の場合は、写真（3cm×4cm、撮影1年以内、上半身無帽）を添付