

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者の住所：_____

申請者の氏名：_____

申請者の電話番号：_____

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 4 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するため									
※申請者の状況	氏名	□申請者に同じ	新 た な 手帳番号							
			既 存 の 手帳番号							
	住所	□申請者に同じ 〒			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、その手帳を添付すること。
- 注1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲んでください。
- 2 ※印欄は、記入しないでください。