

様式第4号(第2条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

静岡県知事 様

〒 ー
住 所
氏 名
生 年 月 日
個 人 番 号
電 話 番 号
交付を受けている
精神障害者保健福祉
手帳の手帳番号

次のとおり精神障害者保健福祉手帳の再交付を受けたいので申請します。

再交付の理由(該当する理由を○で囲んでください。)

- (1) 汚れ
- (2) 破損
- (3) 紛失

(注)

- 1 汚れ又は破損を理由として再交付を申請する場合は、交付を受けている精神障害者保健福祉手帳を添付してください。
- 2 申請日前1年以内に上半身は無帽で撮影した写真(縦4センチメートル×横3センチメートル)を添付してください。