

附則様式（附則第2項関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

障害者手帳再交付申請書（写真貼付用）

年 月 日

静岡県知事 様

〒

住 所

氏 名

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

写真を貼付した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。

（注）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。