

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 住 所

氏 名 ⑩

年 月 日生

個人番号

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

下記のとおり、精神障害者保健福祉手帳の再交付を受けたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条の規定により申請します。

記

- 1 現行の手帳番号 第 号
- 2 再交付を受けようとする理由 汚損 ・ 破損 ・ 紛失  
(理由を○で囲んでください。)

(注) 紛失以外の理由により申請するときは、障害者手帳を添付してください。

(市町村記入欄)

本人確認