

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

新 発 田 市 長 様

申請者の住所 新発田市

申請者の氏名

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		新 た な 手 帳 番 号				
			既 存 の 手 帳 番 号				
	住 所	〒		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

注 ※印欄は記入しないこと。