

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

千葉県知事様

郵便番号(〒 -)

住 所

申 請 者
(精神障害者本人)

氏 名

印

個人番号

次の事項(○印)について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による障害者手帳の

() 破れによる再交付 () 汚れによる再交付 () 失ったことによる再交付

手 帳 の 番 号								
障害者の氏名							生年月日	年 月 日
※ 県処理欄								

- 注 1 手帳の番号、障害者の氏名、生年月日及び個人番号は必ず記載してください。
- 2 本申請書のほかに、写真(縦4cm×横3cm)を提出してください。
- 3 紛失により再交付を受けた後、失った手帳を発見した場合は、速やかに返還してください。
- 4 ※の欄は記入しないでください。
- 5 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

市町村受理印 ※