

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

年 月 日

愛知県知事殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日
個人番号 _____
手帳番号 _____

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。

記

再交付を申請する理由
(該当の数字を○で囲むこと。)

1 破れたため。

2 汚れたため。

3 失ったため。

4 その他 ()

※市町村受付欄

※県受付欄

※ 印欄は記入しないでください