

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 _____

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