

## 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