

様式第4号（第4条関係）

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者の住所：

申請者の氏名：



申請者の個人番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	〒										個人番号										
	備考																					

添付書類

手帳を破り、又は汚した場合にあっては、その手帳を添付すること。

注1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。

2 ※印欄は、記入しないこと。