

(別紙様式 7 - 2)

精神障害者保健福祉手帳 再発行申請書

福岡県知事 殿

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の理由により再発行の申請をします。

申請理由の区分

- (1) 汚損
- (2) 破損
- (3) 紛失
- (4) 記載箇所の満載による再発行
- (5) 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するため

(申請者：手帳所持者)

フリガナ							生年月日	年 月 日				
氏名												
住所	〒 ー											
個人番号												
手帳番号												

※注) 期限切れの手帳は再発行できません。

市町村受付印