

障害者手帳再交付申請書

栃木県知事

様

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45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の申請をします。

- 1 〔①汚れ、②破り、③紛失〕したための再交付の申請
- 2 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

申請者 住 所 〒

フリガナ

氏 名

印

生年月日

年 月 日

個人番号

現行の手帳番号