県細則第25号の５

年　　　月　　　日

山形県知事　　殿

申請者　　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生

個人番号

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

　下記のとおり、精神障害者保健福祉手帳の再交付を受けたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条の規定により申請します。

記

　１　現行の手帳番号　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　　号

　２　再交付を受けようとする理由　　　　汚損　・　破損　・　紛失

　　　（理由を○で囲んでください。）

　（注）紛失以外の理由により申請するときは、障害者手帳を添付してください。

（市町村記入欄）

|  |
| --- |
| 本人確認 |
|  |