

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