様式第６号（第13条関係）

　　年　　月　　日

　岩手県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　精神障害者本人　住所

氏名

個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

届出者（※精神障害者本人以外の者が届け出る場合に記入）

　　　　　　　　住所

　　　　　　　　氏名

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

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、次のとおり手帳の再交付を申請します。

記

１　手帳の交付を受けた者

(１)　氏名

(２)　住所

(３)　現行の手帳番号

２　再交付申請する理由

(１)　汚れによる

(２)　破りによる

(３)　紛失による

(４)　写真の貼付の有無を変更するための再交付申請による

(５)　その他の理由による（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※　汚損、破損の場合は、精神障害者保健福祉手帳を添付してください。