

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

佐渡市長 様

申請者の住所
 申請者の氏名
 申請者の個人番号
 現行の手帳番号 号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定により手帳の再交付を申請します。

申請理由	1 手帳を破ったため 2 手帳を汚したため 3 手帳を紛失したため 4 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するため												
※申請者の状況	氏名	新たな手帳番号											
		既存の手帳番号											
	住所	〒						備考					
	個人番号												

添付書類

手帳を破り、又は汚した場合にあっては、その手帳

- 注1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。
- 2 ※印欄は、記入しないこと。
- 3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第30条第1項第2号に掲げる書類（運転免許証等）を提示する場合は、個人番号の記載は要しない。