

第 15 号様式

※受理年月日	年	月	日
--------	---	---	---

障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上 越 市 長

申 請 者 住 所

上越市

申 請 者 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、手帳を破損 2、手帳を汚損 3、手帳を紛失 4、写真交換 4、写真貼付け無しから写真貼付け有りへ変更									
※申請者の状況	氏名		新たな手帳番号							
			既存の手帳番号							
	住所	〒		個人番号						
備考										

添付書類

手帳を破り、又は汚した場合にあっては、その手帳を添付すること。

注 ※印欄は記入しないこと。