

(様式第10)

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

(あて先)福岡市長

年 月 日

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項の規定に基づき、次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。

申請理由の区分 (○印)	1 汚損 2 破損 3 紛失
(申請者) 住 所 氏 名 生 年 月 日 年 月 日生 連絡先(電話番号) 個 人 番 号 手 帳 番 号	

※ 写真(縦4cm×横3cm)を添付してください。
(脱帽上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの)