

第二十号様式 (第二十条)

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

郵便番号 (〒 —)
住 所
申 請 者 氏 名
(精神障害者本人) 個人番号 ㊟

次の事項 (○印) について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による障害者手帳の

() 破れによる再交付 () 汚れによる再交付 () 失ったことによる再交付

手帳の番号							
障害者の氏名					生年月日	年 月 日	
※ 県処理欄							

注

- 1 手帳の番号、障害者の氏名、生年月日及び個人番号は必ず記載してください。
- 2 本申請書のほかに、写真 (縦4 cm×横3 cm) を提出してください。
- 3 紛失により再交付を受けた後、失った手帳を発見した場合は、速やかに返還してください。
- 4 ※の欄は記入しないでください。
- 5 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

市町村受理印※
