

受付市町名	
受付年月日	

障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

個 人 番 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、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。

精神障害者保健福祉手帳の手帳番号

再 交 付 を 申 請 す る 理 由

いずれか該当するものに○印をしてください。

- 1 紛失
- 2 破損
- 3 汚損
- 4 その他 ()