

(別紙様式8-1)

※市町村名		
※受理年月日	年	月 日

障害者手帳再交付申請書

茨城県知事 殿

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次のとおり再交付を申請します。

		申請日	年 月 日	
申請者 (精神障害者本人)	氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
	現住所	電話 ()		
	手帳の番号	手帳の有効期限	年 月 日	
申請する理由 (○印)		1 精神障害者保健福祉手帳が破れたため 2 精神障害者保健福祉手帳が汚損したため 3 精神障害者保健福祉手帳を紛失したため 4 その他()		
申請書を提出した者	氏名	本人との関係	住所	電話 ()

※申請書には写真を添付する。

写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。写真裏面には、氏名・生年月日・市町村名を記載すること。