別紙様式第９号

障害者手帳再交付申請書

　栃　木　県　知　事 　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　日

　私は、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、

次の事項（○印）の申請をします。

１　〔①汚れ、②破り、③紛失〕したための再交付の申請

２　 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

申請者　　住　所　〒

フリガナ

　　　　　氏　名

生年月日　　大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令

　　　　　年　　　　月　　　　日

個人番号

現行の手帳番号

電話番号