

第4号様式（第4条関係）

| | |
|--------|-------|
| ※受理年月日 | 年 月 日 |
|--------|-------|

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

柏崎市長 様

申請者の住所
 申請者の氏名
 現行の手帳番号 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、手帳の再交付を申請します。

| | | | | | |
|---------|--|---|---------|----|--|
| 申請理由 | 1 手帳を破ったため 2 手帳を汚したため 3 手帳を紛失したため 4 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するため | | | | |
| ※申請者の状況 | 氏名 | | 新たな手帳番号 | | |
| | | | 既存の手帳番号 | | |
| | 住所 | 〒 | | 備考 | |
| | 個人番号 | | | | |

添付書類

手帳を破り、又は汚した場合にあっては、その手帳

注1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。

2 ※印欄は、記入しないこと。