

様式第10号（第10条関係）

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

（あて先）南魚沼市長

申請者の住所

申請者の氏名

申請者の個人番号

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 | 〒 | 個人番号 | |
| 備考 | | | | |

添付書類

上記申請理由が1、2又は4の場合にあっては、その手帳

注 ※印欄は記入しないこと。