様式第６号（第13条関係）

年　　月　　日

岩手県知事　　様

申請者　　住所

氏名

個人番号

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

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、次のとおり手帳の再交付を申請します。

記

１　手帳の交付を受けた者

（１）　氏名

（２）　住所

（３）　現行の手帳番号

２　再交付申請する理由

（１）　汚れによる

（２）　破りによる

（３）　紛失による

（４）　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による

（５）　その他の理由による（　　）

※　汚損、破損の場合は、精神障害者保健福祉手帳を添付してください。