

様式第6号（第13条関係）

岩手県知事 様

青枠のなかをご記入ください。

申請者 住所 久慈市川崎町〇-〇

氏名 岩手太郎

個人番号

○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

〇年 〇月 〇日

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 岩手太郎
- (2) 住所 久慈市川崎町〇-〇
- (3) 現行の手帳番号

手帳番号はこちらで記入しますので未記入でよいです。

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
  - (5) その他の理由による ( )
- (1) ~ (5) のいずれかに○をつけてください。  
新しい手帳に写真を貼付する場合は  
縦4cm×横3cm（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）を1枚提出してください。  
宗教上又は医療上の理由により脱帽が難しい場合は  
久慈市役所社会福祉課 52-2119 までお問い合わせください。

※ 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。