

受理年月日
※市町村受理印

障害者手帳再発行申請書

鹿児島県知事 殿

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条の規定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)汚れた (2)破れた (3)紛失した (4)台紙交換の〕ための再交付の申請

申請者（精神障害者本人）

氏 名											
住 所											
生年月日	年			月			日				
個人番号											
手帳番号											

〔備考〕 ※の欄は記入しないこと。