

(様式第 1 1)

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

(あて先)福岡市長

年 月 日

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項の規定に基づき、次の理由により精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。

申請理由の 区分 (○ 印)	1 汚 損 2 破 損 3 紛 失
(申請者) 住 所 氏 名 生 年 月 日 年 月 日生 連絡先 (電話番号) 個 人 番 号 手 帳 番 号	

※ 写真 (縦 4 cm×横 3 cm) を添付してください。

脱帽して上半身を写したもの (申請者の申出により、市長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。) で、1年以内に撮影したものであること。