第１５号様式（第１０条関係）

※受理年月日	年　　月　　日

障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日

阿賀野市長　　様

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。

<table>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="10">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　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">※申請者の状況</td><td rowspan="2">氏名</td><td rowspan="2"></td><td>新たな手帳番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>既存の手帳番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒</td><td colspan="2">個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="10"></td></tr>
</table>

添付書類

手帳を破り、又は汚した場合にあっては、その手帳

注1　選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。

2　※印欄は、記入しないこと。