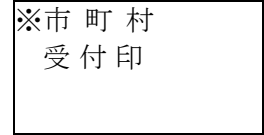


様式第 34 号(第 35 条関係)

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書



年 月 日

富山県知事 殿

申請者 氏 名  
住 所  
生年月日  
個人番号  
手帳番号

精神障害者保健福祉手帳について、次の理由により再交付を受けたいので申請します。

理由(該当するものを○で囲む。)

- 1 汚損又は破損
- 2 紛失

備考

1 氏名及び生年月日又は住所が記載された書類であつて、次に掲げるもののいずれかに該当するものを提示する場合は、「個人番号」欄の記載を省略することができます。

- (1) 個人番号カード、運転免許証若しくは運転経歴証明書(交付年月日が平成 24 年 4 月 1 日以降のものに限る。)、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書

- (2) (1)に掲げるもののほか、写真の表示等によつて当該申請者が本人であることを確認することができるものとして知事が適当と認めるもの
  - (3) 医療保険各法による被保険者証(日雇特例被保険者手帳(健康保険印紙を張り付けるべき余白があるものに限る。))を含む。)、組合員証若しくは加入者証(組合員証及び加入者証については、被扶養者証を含む。)、介護保険の被保険者証、国民年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書又は知事が適当と認めるもののうち2以上の書類
- 2 汚損又は破損したために再交付を申請する場合は、汚損又は破損した精神障害者保健福祉手帳を添付してください。
  - 3 ※印の箇所は、記入しないでください。