第33号様式（第29条関係）

受付市町名	
受付年月日	

障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日

香川県知事　殿

申請者　住　　所

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

個人番号												

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、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。

精神障害者保健福祉手帳の手帳番号	
再交付を申請する理由	いずれか該当するものに○印をしてください。 １　紛失 ２　破損 ３　汚損 ４　その他（　　）

職権	窓口に来た人	□障がい福祉課窓口　□（　　）総合センター・支所　□郵送	
	□対象者本人	□個人番号カード	□通知カード／住民票　□身分証明書（写真付）／公的証明書２点
□	□代理人（保護者含む）	□対象者本人の個人番号カード／通知カード／住民票（写しで可） □委任状／戸籍謄本／登記事項証明書／その他　□代理人の身分証明（写真付）／公的証明書２点	