

<精神障害者保健福祉手帳>

太枠(赤枠)内の内容が鮮明に確認できる画像を添付してください。
1枚に収まらない場合は、複数枚に分けて撮影してください(画像は4枚まで添付可能)。

写 真 タテ4cm×ヨコ3cm	記 載 事 項 変 更 欄		備 考 欄		交 付 日	令和 3 年 2 月 2 2 日
	変更年月日 変更事項	年 月 日	福祉特別乗車券 交付確認欄	令和 3 年 2 月 2 2 日	有効期限	令和 5 年 2 月 2 8 日
氏名 サンプル 二郎	変更年月日 変更事項				(更新)	
	年 月 日				(更新)	
住所 千種区猪高町大字菰子石字山之端1丁目2番地の3の4 サンプルマンション101	変更年月日 変更事項				(更新)	
生年月日 平成22年 1月 1日	年 月 日				(更新)	
障害等級 1 級						
手帳番号 800899 号						
					名古屋市	
					〔精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳〕	