

精神障害者保健福祉手帳受取先申出書

申請日 年 月 日

本人住所 足立区

本人氏名

※以下、本人の場合は記入不要

※申請者（本人以外）住所

※申請者（本人以外）氏名

私の精神障害者保健福祉手帳の受取については下記のとおりとします。(該当するものに☑)

☐ 上記以外に郵送

住所 〒

宛 名 _____

☐ 申請以外の保健センターで受取 江北・千住・竹の塚・中央本町・東部

※該当する保健センターに○

□ 生活保護ケースワーカーへ渡す 福祉課保護第 係 担当者名

☐ その他 _____

手帳の郵送料は自己負担となります