

「写真なしの精神障害者保健福祉手帳」の交付に係る確認書

私は、精神障害者保健福祉手帳の申請にあたり、本人写真を貼付しないことを希望します。
なお、手帳に写真が貼付されていないことにより、受けられるサービスに差異が生じることがあり得ることについて、承諾しました。

令和 年 月 日

申請者 〒
住所
氏名

群馬県知事 あて