別記様式第１２号（規格Ａ４）

「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