

個人番号

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

大阪府知事様

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく
精神障害者保健福祉手帳の再交付について申請します。

写真
(たて4cm よこ3cm)
(1) 脱帽・上半身
(2) 原則として1年以内に撮影したもの
(3) 写真の裏面にボールペンで氏名を記入してください。
(4) 写真はのりづけせず、裏返しにしてセロテープで仮止めしてください。

申請者 (障害者本人)	フリガナ								印
	氏名								
	住所	大阪府							
	電話	()							
手帳の有効期限		年 月 日							
手帳番号									
通院医療費の受給者番号									
再交付を受ける理由		1 破損		2 汚損			3 紛失		
		4 その他(理由:)							
申請書を提出した者	氏名	印			本人の 関係	本人 家族 医療機関職員 () その他 ()			
	住所	電話 ()							

(注) ※欄は記入しないでください。