様式第４号（第４条関係）

年度　　―　　番

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

年　　月　　日

吹　田　市　長　宛

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　写真の裏面のボールペンで氏名を記入してください。
4　写真をのりづけせず、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 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　所	大阪府吹田市 個人番号（　　） 電話　　（　　）
手帳の有効期限		年　　月　　日
手帳番号		
再交付を受ける理由		１　破損　　２　汚損　　３　紛失 ４　写真貼付　　５その他（理由：　　）
申請書を提出した者	氏名	本人との関係：本人 家族 医療機関職員（　　） その他（　　）
	住所	電話　　（　　）

吹田市受付印