

年度

—

番

精神障がい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 4 5 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 〔障がい者本人〕	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