

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 氏名								印
	住所	大阪府							
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 4 その他(理由: )		2 汚損			3 紛失		
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。