

ここに記入してください

個人番号 123456789012

※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)

- 脱帽・上半身
- 原則として1年以内に撮影したもの
- 写真の裏面にボールペンで氏名を記入してください。
- 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。

# 記入例

申請者 (障害者本人)	フリガナ 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	本人の 関係 (印)			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。