様式第７号（第８条関係）

このあたりに個人番号を記載してください

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

※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。

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	㊞	本人との関係	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。