

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 4 cm よこ 3 cm)  
(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、  
裏返しにしてゼロデ  
ューで仮止めしてく  
ださい。

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。