

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

高石市長 宛

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定に基づき、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。

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) 写真はのりづけしないでください。

申請者 〔 障害者本人 〕	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	高石市 電話 ()	個人番号	
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 その他(理由:)		
申請書を提出した者	氏名	印	本人との関係	本人 家族 医療機関職員 () その他 ()
	住所	電話 ()		