様式第４(第５条関係)

**障害者手帳再交付申請書**

年　　月　　日

　(あて先) 東大阪市長

|  |  |
| --- | --- |
| 　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第１項の精神障害者保健福祉手帳の再交付について、次のとおり申請します。 | 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、裏返しにしてセロハン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 | 　 |  ㊞ | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 |
| 氏名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 住所 | 東大阪市電話　　　　 |
| 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(○印) | 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(○印) | 1 本　　　　人2 家　　　　族3 医療機関職員(　 　 　)4 そ の 他(　 　) |
| 住所 | 電話　　　　　 |

(注意事項)

１　氏名欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによることができます。

２　個人番号欄については、障害者本人が本人確認書類を提示する場合は、記載は不要です。