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

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。

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。

申請者（障害者本人）	フリガナ		㊞	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	
	氏名					
	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。