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。