

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(宛先) 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)

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。