

精神障害者保健福祉手帳
再交付申請書

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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

再交付申請理由 (該当するものに○印を付けてください。)		1 破れ 2 汚れ 3 紛失 4 写真貼付の様式への変更 5 その他 ()										
申請者 (精神障害者本人)	フリガナ氏名	(自署又は記名押印) 印						生年月日	年 月 日			
	住所	〒 奈良県 電話 ()										
	個人番号											
既存の手帳の有効期限							年 月 日					
既存の手帳の手帳番号												

(注) 1 手帳を再交付しますので、写真を提出してください。(特段の理由により写真貼付を希望しない場合は、除く。)

写真は、市町村受理日の1年以内に撮影した申請者を特定できる無帽、正面、縁なしで顔が写真全長の概ね2/3、無背景(陰のないもの)で申請者のみ撮影されているもの。縦4cm、横3cmで裏面に、氏名及び市町村名を記載してください。

2 太線枠内が未記載の場合は、市町村が記載してください。

3 ※の欄は、申請者は記載しないでください。（※の欄は、市町村が記入してください。）

※市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

☐ 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他（ ）
☐ 本人又は代理人の身元（実存）の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他（ ）
☐ 代理人の申請の場合にあっては、代理権の確認	1 戸籍謄本（法定代理人の場合） 2 委任状（任意代理人の場合） 3 その他（ ）