

障害者手帳再交付申請書

令和 年 月 日

堺市長 殿

<p>写 真 (たて4cm、よこ3cm) (1)上半身・脱帽(※) (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)写真はのりづけしないで、裏向きにしてセロハンテープ等でとめてください。</p>	4cm
3cm	

精神保健及び精神障害者に関する法律第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。

申請者 (障害者本人)	フリガナ					
	氏名					
	個人番号					
	住所	堺市 区	電話 ()			
手帳の有効期限		令和 年 月 日				
手帳番号		第 号				
再交付を受ける理由		1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 ()				
申請書を提出した者	氏名			本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所	電話 ()				

(備考)

- 再交付申請には手帳貼付用の写真が必要となります。なお、(※)において、申請者の申出により、市長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除きます。
- 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする障害者手帳を添付してください。
- 再交付を受けた後、紛失した障害者手帳が見つかったときは、速やかに返還してください。

堺市使用欄

個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者	□郵送
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		

受付印	受理印	備考