

様式第6号(第8条関係)

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

※	
※受付年月日	年 月 日

年 月 日

神戸市長 宛

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項に規定する精神障害者保健福祉手帳(以下この様式において「手帳」という。)の再交付を申請します。

番 号	(現行の手帳番号) 第 号	
手帳の再交付を受けようとする者(以下この様式において「本人」という。)	(住所)〒	(電話)
	フリガナ (氏名)	(生年月日)
	個人番号	年 月 日
再 交 付 を 申 請 する 理 由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他	
申 請 書 を 提 出 した 者	(住所)〒	(電話)
	フリガナ (氏名)	(本人との関係) ・本人 ・家族 ・医療関係職員() ・その他()
備 考		

注意

- 1 この申請書は、申請者又はその代理人が記入すること。
- 2 ※の欄は、記入しないこと。