

※のり付けせず、裏向きで  
テープで貼ってください

**写真貼付位置**  
縦4cm×横3cm  
上半身・無帽

※受理機関名		受理年月日 年 月 日
※精神保健福祉センター收受年月日		年 月 日

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

年 月 日

兵庫県知事様

申請者 住所.....  
氏名.....

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10号第1項の規定により、次のとおり精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。

精神障害者	フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	氏名		月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	
	住所	〒				
	電話	( ) -	個人番号			
	電子メール					
手帳番号	第 号	有効期間	年 月 日から	障害等級	級	
理由	<input type="checkbox"/> 破損		<input type="checkbox"/> 汚損		<input type="checkbox"/> 紛失	
備考						

- (注) 1 「理由」の欄は、該当する□に✓を入れること。  
 2 正面上半身を無帽で撮影した縦4センチメートル及び横3センチメートルの写真で、申請日の前1年以内に撮影したものを添付すること。(例外：医療上又は宗教上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆っている写真は可)  
 3 破損又は汚損による申請の場合は、精神障害者保健福祉手帳を添付すること。  
 4 ※印の欄は、記入しないこと。  
 5 次に掲げる書類を提示する場合は、当該精神障害者の個人番号の記載は不要。(2)の書類の場合は2つ以上の書類の提示が必要。  
 (1)個人番号カード、運転免許証若しくは運転経歴証明書（交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る）、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書  
 (2)医療保険各法による被保険者証、組合員証若しくは加入者証（被扶養者証を含む）、介護保険法による被保険者証、国民年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書