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

平成　　年　　月　　日

私は、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○印をつけてください。）	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（　　）			
（精神障害者本人）申請者	フリガナ 氏　名	㊞ （自署又は記名押印）	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日
	住　所	奈良県 電話　　（　　）		
既存の手帳の有効期限	平成　　年　　月　　日			
既存の手帳の手帳番号				

（注）１　申請理由が「写真貼付の様式への変更」の場合、以下の写真を提出してください。①市町村受理日の１年以内に撮影されている、②縦４㎝×横３㎝、③申請者だけが撮影されている、④正面向き、無帽、無背景（陰のないもの）、⑤縁なしで顔が写真全長の概ね２／３、⑥申請者を特定しやすい、⑦裏面に市町村名、氏名を記載した写真。

２　申請理由が「写真貼付の様式への変更」以外の場合、写真の提出は不要です。ただし、所持している手帳の写真が本人を特定しにくくなっている場合は、（注）１と同様の写真を提出してください。

３　太線枠内が未記載の場合は、市町村が記載してください。

４　※の欄は記載しないでください。