第５号様式の３（第２条関係）

※市町村名
※受理年月日

精神障害者保健福祉手帳
再　交　付　申　請　書

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						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		令和　　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４㎝、横３㎝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（　　）

2021.12