

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

①京都市提出用
②保健センター提出用
③申請者控

(宛先) 京 都 市 長	平成 年 月 日
申請者の住所 (〒 -)	申請者の氏名 (記名押印又は署名) 電話 - (精神障害者との関係)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定によ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	住 所																		
	氏 名																		
	個人番号																		
	生年月日	年			月			日											
精神障害者 保健福祉手帳	交付番号						有効期限	平成 年 月 日											
申 請 の 理 由 ※		<input type="checkbox"/> 汚れた。 <input type="checkbox"/> 破れた。 <input type="checkbox"/> 紛失した。																	

注 該当する□には、レ印を記入してください。
 ※ 申請の理由が「汚れた。」「破れた。」の場合は、当該精神障害者保健福祉手帳を添付してください。