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)年　　月　　日 |
| 個人番号 |
| 再交付を申請する理由 | 1　破損　　　2　汚損　　　3　紛失 |
| 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。