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。