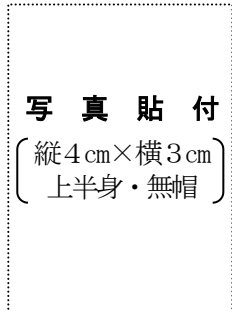


様式第30号 (第27条関係)

※のり付けせず、裏向きで
テープで貼ってください



| | | |
|------------------|--|----------------|
| ※受理機関名 | | 受理年月日 年 月 日 |
| ※経由機関名 | | 年 月 日 |
| ※精神保健福祉センター収受年月日 | | 年 月 日 |

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

年 月 日

兵庫県知事 様

申請者

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | ④ | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 電 話 | (|) | | | | | | | | | 番 |

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、次のとおり精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。

| | | | | | |
|------|--------------------------------------|------|--------------------|------|---|
| 手帳番号 | 第 号 | 有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 障害等級 | 級 |
| 理 由 | 破損 汚損 紛失 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請 | | | | |

- (注) 1 「理由」の欄は、該当するものを○で囲むこと。
 2 写真(脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの)を添付すること。
 3 破損又は汚損又は写真貼付無しから写真貼付有りへの変更による申請の場合は、精神障害者保健福祉手帳(写)を添付すること。
 4 ※印の欄は、記入しないこと。