

障害者手帳再交付申請書

茨城県知事 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について、次のとおり再交付を申請します。

申請者 (精神 障害者 本人)	氏 名							生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日					
	現 住 所	〒 ー												
	個人番号							電話 ()						
	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能です。マイナンバーカードを DV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します												☐	
	手帳番号							手 帳 の 有効期限	年 月 日					
申請する理由 (○印)		1 精神障害者保健福祉手帳が破れたため 2 精神障害者保健福祉手帳が汚損したため 3 精神障害者保健福祉手帳を紛失したため 4 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するため 5 その他 ()												
添付書類 (○印)		・写真(縦4cm×横3cm)【 有 ・ 無 】 ※写真裏面には、市町村名・氏名・生年月日を必ず記載して下さい。												
申請書 を提出 した者	氏 名							本人 との 関係		住 所	電話 ()			

(注) 写真は、脱帽して上半身を写したもの(申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)で、1年以内に撮影したものとします。