

精神障がい者保健福祉手帳（様式）

（表面）

障がい者手帳 (写真) 3×4 cm	有効期限： 有効期限： 有効期限： 有効期限： 再交付年月日： 等級変更年月日：	本人の欄	
	大阪市  精神障害及び精神障害者福祉に関する 法律第45条の保健福祉手帳	現住所 〒 ー	大阪市 確認欄
現住所 〒 ー		大阪市 確認欄	
現住所 〒 ー		大阪市 確認欄	

見本

（裏面）

注意事項 1. 医療や生活などのご相談は保健福祉センターなどにお問い合わせください。 2. 住所や氏名が変わったときは、居住地を管轄する保健福祉センターに変更届を出してください。 3. この手帳をなくしたり汚したりしたときは、再交付を申請してください。 4. この手帳は、他人に譲ったり、貸したりすることはできません。 5. 更新の申請は有効期限の3ヵ月前から保健福祉センターで行うことができます。	備 考	備 考
--	-----	-----