

別記様式第三号を次のように改める。
別記様式第三号

(裏表紙)

備 考

1. 医療や生活などのことで相談したいときは、市町村役場、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所などに御相談下さい。
2. 住所や氏名が変わったときは、変更届を出してください。
3. この手帳を万一なくしたりしたときは、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か月前から市町村役場で行うことができます。

(表表紙)

障 害 者 手 帳

都道府県（指定都市）名

(内面左)

3 cm

4 cm

写 真 ベ ス ト 半 截

氏名

住所

生年月日 性別

障害等級

手帳番号 号

(内面右)

交付日 年 月 日

有効期限 年 月 日

(更新)

(更新)

(更新)

(更新)

都道府県（指定都市）名 印

〔精神保健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〕

(注意) 縦9cm×横6cmを標準とすること。