

精神障害者保健福祉手帳交付申請書

高石市長 宛

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定に基づき、
精神障害者保健福祉手帳に関して、下記の事項について申請します。

(該当事項に○印)

- (1) 精神障害者保健福祉手帳の交付の申請 (他市から転入)
- (2) 障害等級の変更の申請
- (3) 精神障害者保健福祉手帳の更新の申請

写真 (たて 4cm よこ 3cm)
(1) 脱帽・上半身
(2) 原則として1年以内に撮影したもの
(3) 写真の裏面にボールペンで氏名を記入してください。
(4) 写真はのりづけしないでください。

申請者	フリガナ		印	生年月日	年 月 日	
	氏名					
〔障害者本人〕	住所	電話 ()				個人番号
		転入者のみ記入	転入前の住所	変更年月日	年 月 日	
添付書類 (○印)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し(級) <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し		既存の手帳の 手帳番号			
			既存の手帳の有効期限	年 月 日		
申請書を提出した者	氏名		印	本人の 家族 医療機関職員() その他()		
	住所	電話 ()				

(注) 1 新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、次の各号のいずれかが必要です。

- (1) 医師の診断書
- (2) 障害年金の年金証書の写し・年金裁定通知書の写し・直近の振込(支払)通知書の写し・同意書
- (3) 特別障害給付金受給資格者証の写し・直近の国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写し・同意書

2 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。