

様式第 1 号

## 精神障がい者保健福祉手帳申請書・届出書

令和 年 月 日

和泉市長 あて

写真 (たて4cm よこ3cm)
(1) 脱帽・上半身
(2) 原則1年以内に撮影したもの
(3) 写真裏面に氏名を記入してください。
(4) 写真はのり付けせず、裏返しにしてセロハンテープで仮止めしてください。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障がい者保健福祉手帳に関して、下記の事項について申請・届出します。(該当事項に○印)

また、年金証書を添付した場合は、精神障がい者保健福祉手帳の交付判定にあたり、年金事務所等に参照されることに同意します。

### 申請・届出内容〔新規・転入・更新・再発行(紛失・破損・汚損)・変更(等級・住所・氏名)〕

本人	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名	㊟		
	住 所	電話番号		
	個人番号			
	お手持ちの手帳番号	第 号	お手持ちの手帳有効期限	
提出者	氏 名	㊟	本人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	住 所 電話 ( )

### ※転入及び住所氏名変更の場合は、下段に変更前の情報を記入して下さい。(変更箇所のみ)

〔変更前の情報〕

フリガナ 氏 名		住 所	〒 - 電話番号 ( )
変更年月日		年 月 日	

〔添付書類の確認〕

- 医師の診断書
- 年金証書等の写し ( 級 )
- 精神障がい者保健福祉手帳の写し
- 顔写真 (たて4cm よこ3cm)

注 意 事 項

- 新規交付、更新または等級変更の申請を行うには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障がい年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」が必要です。
- 年金証書等の写しによる申請の場合は、障がい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、年金の障がい等級を照会することがあります。
- 住所・氏名変更の場合は写真の添付は不要です。
- 手帳の交付後に変更が生じた場合は、届出ください。
- 自筆署名の場合は押印を省略できます。