

写真
（※1）

（※2）
貼付希望なし

精神障害者保健福祉手帳 申請書

大東市長

申請者 _____ 本人との関係（ _____ ）

住 所 _____

電話番号 _____

私は、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の

- ① 新規交付
- ② 更新
- ③ 障害等級変更
- ④ 市外からの転入（他の市区町村より居住地を移した旨の届出）
- ⑤ 再交付【 紛失 破損 その他（ _____ ）】について、申請します。

↑該当する手続にチェック（）をしてください。

対 象 者	フリガナ			生年月日	M・T・S・H・R
	氏 名			年 月 日	
	住 所	〒 _____			
	電 話 番 号	_____	_____	手帳番号	
	個 人 番 号	_____	_____	有効期限	年 月 日

保護者等 （対象者が18歳未満の場合は記入）	氏 名			続 柄	
	住 所	〒 _____ (電話番号： _____)			

添付書類 該当する項目にチェック（）をしてください。

写真 診断書 障害年金の年金証書等の写し（※3） 同意書（※3） 手帳の写し

交付通知書 送 付 先 （※4）	氏 名			本人との 関係	
	住 所	〒 _____			

【市外からの転入の場合】 手帳の交付を希望します。 現在の手帳を使用します。

<input type="checkbox"/> 自立支援医療を同時に申請します。 （精神通院医療）	別途、自立支援医療（精神通院医療）の申請書を提出してください。
---	---------------------------------

（注意）

- ※1 写真（縦4cm×横3cm）は、原則脱帽とします（宗教上又は医療上の理由による例外あり）。上半身を写したもので、1年以内に撮影したものを提出してください。
- ※2 写真の貼付けは、特段の理由により希望しない場合は不要です。その際、手帳の写真欄に「写真貼付なし」と表示されます。ただし、写真の貼付けがない場合では、受けられるサービスに差異が生じる可能性があります。
- ※3 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害年金等の給付を現に受けていること、障害等級、障害の種類その他市長が必要と認める事項を確認するため、年金事務所等に照会することについての同意書を添付してください。
- ※4 手帳交付の通知について、対象者住所以外への送付を希望する場合は、「送付先」の欄に記載してください。