

※のり付けせず、裏向きで
テープで貼ってください

写真貼付位置

縦4cm×横3cm
上半身・無帽

<更新手続きの方へ>
写真付手帳を既に
所持していますか
はい いいえ

| | | |
|------------------|--|----------------|
| ※受理機関名 | | 受理年月日 年 月 日 |
| ※精神保健福祉センター收受年月日 | | 年 月 日 |

精神障害者保健福祉手帳交付等申請書

年 月 日

兵庫県知事様

申請者 住所

氏名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項又は第4項の規定により、次のとおり精神障害者保健福祉手帳の交付又は精神障害の状態の認定を申請します。

| 種 別 | 精神障害者保健福祉手帳の交付・精神障害の状態の認定 | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 更新 | <input type="checkbox"/> 再申請 | <input type="checkbox"/> 神戸市・県外からの転入 |
| 精神障害者 | フリガナ | | 生年 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 |
| | 氏 名 | | 月日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 住 所 | 〒 | | |
| | 電 話 | () - | 個人番号 | |
| 精神障害者を 監護する者 (申請者が18歳 未満の場合) | 電 子 メール | | | |
| | 氏 名 | | 精神障害者との続柄 | |
| | 住 所 | 〒 | | |
| 自立支援医療（精神通院医療） 受給者番号 | 電 話 | () - | 電子メール | |
| | 第 号 | 手 帳 番 号 | 第 号 | |
| 自立支援医療（精神通院医療） 受給者証の有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 精神障害者保健福祉 手帳の有効期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | |
| 備 考 | | | | |

申請書提出者 氏名

電話 (.....) -

提出者が本人でない場合、続柄 (.....)

- (注) 1 「種別」の欄は、該当する□に✓を入れること。
- 2 医師の診断書又は精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写しを添付すること。なお、精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写しを添付して行う申請の場合は、障害等級の判定のため、年金事務所等に照会する場合があります。
- 3 正面上半身を無帽で撮影した縦4センチメートル及び横3センチメートルの写真で、申請日の前1年以内に撮影したものを添付すること。(例外：医療上又は宗教上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆っている写真は可)
- 4 ※印の欄は、記入しないこと。