

精神障害者保健福祉手帳申請書・届出書

年 月 日

貝塚市長 様

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) 写真的裏面に氏名を 記入してください。 (4) 写真是のりづけしない で裏向きにしてセロテープ 等でとめてください。	

郵便番号

住 所

氏 名

※申請者が18歳未満の場合、家族の連絡先及び続柄を記入してください。
提出者と本人との関係（該当するものに○）

本人・家族【父 母 兄弟姉妹 祖父母 その他（ ）】
医療機関職員・その他（ ）

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に関し、次の事項について申請します。（下記の該当事項に○印）

なお、精神障害者保健福祉手帳の交付に当たり、マイナンバーによって確認できる情報により障害等級の判定を行いますが、判定できない場合には、年金事務所又は各共済組合等に対し、障害種別、障害等級、具体的傷病名を照会することに同意します。

申請・届出内容〔新規・更新・転入・再交付（紛失・破損・汚損）・変更（等級・住所・氏名）〕

申請者 障害者 本 人	フリガナ 氏 名 [個人番号]		生年 月日	年 月 日
	住 所	〒597- 大阪府貝塚市		電話（ ） -
住所・氏 名の変更	変更 前の 氏名		変 更 年月日	年 月 日
	変更 前の 住所	電話（ ） -		

（注意事項）

- マイナンバーによって確認できる情報により障害等級の判定ができない場合には、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格証」（特別障害者給付金支給決定通知）及び国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写しが必要です。
- 年金証書の写し又は特別障害給付金受給者資格証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。

受付年月日