

※福祉事務所名	福祉事務所						
※受理年月日	令和		年		月		日

精神障害者保健福祉手帳申請書

(宛先) さいたま市長

年 月 日

私は、次の事項 (○印) について申請します。

※前回障害等級

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の  
 [ 新規交付 ・ 更新 ・ 再申請 ・ 障害等級変更 ・ 市町村間の住所変更による手帳交付 ]

--

\*  の中に黒インクまたは黒ボールペンでご記入ください。

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ							生年 月日	大・昭・平・令				
	氏名	(姓)	(名)							年		月	
	住所	さいたま市 区						電話番号		-	-		
	個人番号					-							
家族の 連絡先 (申請者が 18歳未満の 場合記入)	氏名						続柄	父・母・その他 ( )					
	住所							電話番号		-	-		
添付書類		<input type="checkbox"/> 医師の診断書 (精神障害者保健福祉手帳用) <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し ( ____ 級 ) ・ 同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し ( ____ 級 ) ・ 同意書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し											
既存の自立支援医療受給者証		受給者番号						有効期限	年 月 末日				
既存の手帳		手帳番号						有効期限	年 月 末日				
申請書 を提出 した者	氏名						本人と の関係	父母・子・配偶者・兄弟・祖父母・ 親類・同居者・医療機関職員・本人・その他					
	住所							電話番号		-	-		

- (注) 1 申請事項については、該当するものを○で囲んでください。  
 2 精神障害者保健福祉手帳を申請できる者は、**精神障害者本人のみ**です。  
 3 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、次のいずれかの書類を添付してください。  
 ((2)又は(3)の書類を添付した場合は、年金事務所、年金事務局、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。)  
 (1) 医師の診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)  
 (2) 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書及び直近の振込 (支払) 通知書の写し  
 (3) 特別障害給付金受給資格者証又は特別障害給付金支給決定通知書及び直近の国庫金振込 (送金) 通知書の写し  
 4 ※の欄には記入しないでください。  
 5 お住まいの区の区役所支援課に申請してください。  
 6 自立支援医療費 (精神通院) 支給認定を受けるには、別に申請が必要です。

※福祉事務所記入欄	
医療機関控	本人控
自立支援医療申請 (有・無)	
写真貼付 (する・しない)	