

精神障害者保健福祉手帳 申請書

写真貼付欄 ※1	横浜市長	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
【☐新規交付 ☐更新 ☐再承認 ☐障害等級変更 ☐転入届 ☐記載事項変更
☐再交付（☐紛失 ☐汚損 ☐その他）】について、申請します。
↑該当する手続きにチェック（☒）をしてください。

対象者	個人番号 ※2			
	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	
	住 所	〒 【該当する場合は○をしてください】 グループホーム・入院中・施設入所中		
	手帳番号	(再交付の場合は記入)		
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 該当する項目いずれか1つにチェック（☒）をしてください。

☐診断書 ☐障害年金の年金証書等 ☐特別障害給付金受給資格者証等 ☐前自治体で交付された手帳
の写し（※3） の写し（※3） の写し

送付先 ※4	氏 名	
	本人との 関 係	
	住 所	

【ご希望の手帳様式】 <input type="checkbox"/> 紙様式 <input type="checkbox"/> カード様式 【手帳の発行】 <input type="checkbox"/> 希望します	希望する手帳の様式に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 ※新規及び市外転入申請で <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は、紙様式となります。更 新、再承認、等級変更及び再交付申請で <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は、既に交付し ている手帳の様式となります。 ※手帳の更新欄が埋まっている方は、必ず <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。
--	--

<郵送申請の方はチェック> 【ご希望の交付手段】 <input type="checkbox"/> 区役所窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<郵送申請の方へ> 希望する交付手段に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 ※郵送交付をご希望の場合は、新たに手帳を発行します。別途レター パックと顔写真の提出が必要です。手帳に付随するサービスの説明は 書面となりますので、ご自身でご確認ください。
---	--

<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、脱帽して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。写真の提出については、記載例をご確認ください。

※2 再交付のみの申請の場合は、本人確認書類の提示により記載を省略できます。

※3 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証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」の欄にご記
載ください。

精神障害者保健福祉手帳 申請書

<p>【紙様式を希望する方】 顔写真が必要となる方(新規申請、等級変更申請、市外転入、その他新しく手帳の印刷を希望される場合)は、申請時もしくは交付時に提出してください。</p> <p>【カード様式を希望する方】 顔写真が必要となる方(新規申請、等級変更申請、市外転入、カード様式への変更申請、その他新しく手帳の印刷を希望される場合)は、必ず申請時に提出してください。</p> <p>【郵送申請される方で、手帳の郵送交付を希望される方】 郵送交付の場合は、新たに手帳が発行されるため、<u>顔写真の提出が必須になります。必ず申請時に提出してください。</u></p>		<p>申請者 横浜 ○○ 本人との関係 (○○)</p> <p>住所 横浜市○○区○○町○ー○</p> <p>電話番号 日中にご連絡のとれる電話番号をご記載ください。</p> <p>対象者の個人番号(マイナンバー)カード等に記載されている個人番号をご記入のうえ、郵送申請の際にはその写しを同封してください。個人番号が不明の場合は空欄とし、個人番号カード等の写しの同封も省略して構いません。</p> <p>生年月日 ○年○月○日</p> <p>○○町○ー○</p> <p>【紙様式の場合は○をしてください】</p>
対象	手帳番号	(再交付の場合は記入)
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:
<p>添付書類 該当する項目いずれか1つにチェック (☑) をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害年金の年金証書等の写し (※3) <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し (※3) <input type="checkbox"/> 前自治体で交付された手帳の写し</p>		
送付先 ※4	氏名	手帳の送付について、対象者住所以外への送付を希望する場合は、「送付先」の欄をご記載ください。
	本人との関係	
	住所	
<p>【ご希望の手帳様式】 <input type="checkbox"/> 紙様式 <input type="checkbox"/> カード様式 【手帳の発行】 <input type="checkbox"/> 希望します</p>	希 ※ 新	<p>現在お持ちの手帳の更新記載欄が余っている場合で、新しい手帳の印刷を希望しない場合、☑は不要です。 ※印刷を希望した場合、写真の提出が必要となります。</p>
<p><郵送申請の方はチェック> 【ご希望の交付手段】 <input type="checkbox"/> 区役所窓口 <input type="checkbox"/> 郵送</p>	希 ※ パ 書	<p>郵送申請される方は、手帳の交付手段をお選びください。 郵送による交付をご希望の場合は、<u>申請時にレターパックと顔写真の提出が必要になります。</u>なお、申請書1枚につき、レターパック1枚のご用意をお願いします。レターパックのお届け先に住所の記載は不要です。</p>
<p><input type="checkbox"/> 自立支援医療を同時に申請します。(精神通院医療)</p>		

- (注意) ※1 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して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。写真の提出については、記載例をご確認ください。
- ※2 再交付のみの申請の場合は、本人確認書類の提示により記載を省略できます。
- ※3 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証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」の欄にご記載ください。