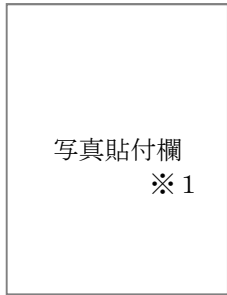


# 精神障害者保健福祉手帳 申請書



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 様式変更 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の写し (※3)     特別障害給付金受給資格者証等の写し (※3)     前自治体で交付された手帳の写し

送付先 ※4	氏名	_____
	本人との関係	_____
	住所	_____

<input type="checkbox"/> 手帳の印刷を希望します。 ( <input type="checkbox"/> 紙様式 <input type="checkbox"/> カード様式 )	※既に手帳をお持ちの方で、新たな手帳の印刷を御希望の方は様式にもチェック ( <input checked="" type="checkbox"/> ) をしてください。 ※様式変更を御希望の方は、必ず様式にチェック ( <input checked="" type="checkbox"/> ) をしてください。
--	--

<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。

※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。

# 【記載見本】

記入日→ 年 月 日

## 精神障害者保健福祉手帳 申請書

横浜市長

写真貼付欄  
※1

【紙様式】  
顔写真が必要となる方は、  
申請時もしくは交付時に  
提出してください。  
【カード様式】  
顔写真が必要となる方は、  
必ず申請時に提出してく  
ださい。

申請者 横浜 ○○ 本人との関係 ( )

住所 横浜市中区港町○—○

電話番号  
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。

私は、精神保健

法第45条に基

【新規交付 再交付 ( 紛失 汚損 様式変更 その他 )】  
等級変更 その他

↑該当する項目

対象者	個人番号 ※2	○○○○○-○○○○○		
	フリガナ 氏名	ヨコハマ 横浜 ○○	生年月日	平成○年○月○日
	住所	〒231-0017 横浜市中区港町○—○ 【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の写し (※3) 特別障害給付金受給資格者証等の写し (※3) 前自治体で交付された手帳の写し

送付先 ※4	氏名	
	本人との関係	
	住所	

※手帳の更新欄がすべて埋まっている方も☑してください。

手帳の印刷を希望します。  
(紙様式 カード様式)

※既に手帳をお持ちの方で、新たな手帳の印刷を御希望の方は様式にもチェック (☑) をしてください。  
※様式変更を御希望の方は、必ず様式にチェック (☑) をしてください。

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。  
※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。