

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 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)

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	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"/> がいない場合は、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"/> がいない場合は、既に交付している手帳の様式となります。
手帳の印刷 <input type="checkbox"/> 希望します	手帳の印刷を希望される方は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 ※新規、等級変更、市外転入及び再交付申請の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> しなくても構いません。 ※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。

<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

【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。

【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。

	申請者	横浜 ○○	本人との関係 (○○)
	住所	横浜市○○区○○町○ー○	
	電話番号	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 日中にご連絡のとれる電話番号をご記載ください。 </div>	
私は <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 再申請	法律第45条に 障害等級変更 変更 <input type="checkbox"/> その他 ↑該	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 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。 </div>	
対象者	氏名	横浜 ○○	生年月日 ○年○月○日
	住所	〒○○○-○○○○ 横浜市○○区○○町○ー○	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 郵送での申請について、申請者と対象者が異なる場合、申請者及び対象者の本人確認書類の写しが必要となります。 ※本人確認資料の詳細は、郵送申請のホームページをご確認ください。 </div>
	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)

送付先 ※4	氏名 本人との関係 住所	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 手帳の通知について、対象者住所以外への送付を希望する場合は、「送付先」の欄をご記載ください。 </div>
-----------	--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ご希望の手帳様式
 紙様式 カード様式

↓

手帳の印刷 希望します

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。

<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。