

様式第1号(第2条、第7条関係)

〈見本〉

※ 2 7 2 2 0

障害者手帳申請書

(居住地の変更の届出書)

(宛先) 箕面市長

令和●●年●●月●●日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき、精神障害者保健福祉手帳について、下記の事項について申請します(届け出ます)。(いずれかに○印)

- (1) 精神障害者保健福祉手帳の交付の申請
(2) 他の都道府県・市町村より居住地を移した旨の届出
(3) 障害等級の変更の申請
(4) 精神障害者保健福祉手帳の更新の申請

いずれかに○

希望される
手帳の交付形式

カード・紙

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) 写真の裏面にボール
ペンで氏名を記入して
ください。
(4) 写真はのりづけせず、
裏返しにしてセロテープ
で仮止めしてください。

いずれかに○

転入の場合のみ記入

添付されている資料

申請者が18歳以上なら記入不要

申請者 (届出者)	フリガナ 氏名	ミノオ タロウ 箕面 太郎		生年月日 平成●● 年 ●● 月 ●● 日	
〔障害者 本人〕	住所	大阪府箕面市 萱野5丁目8番1号		電話 072 (727) 9506	
	個人番号	●●●● ●●●● ●●●●			
居住地の変更の 届出者のみ記入	変更後の 住所	年 月 日		年 月 日	
家族等の 連絡先 (申請者が 18歳未満の 場合記入)	氏名	続柄	住所	電話 ()	
添付 書類 (印)	☐ 医師の診断書			既存の手帳の手帳番号 ●●●●●●●●	
	☐ 年金証書等の写し (級)			既存の手帳の有効期限 ●● 年 ●● 月 ●● 日	
	☐ 精神障害者保健福祉手帳の写し			既存の通院医療費の受給者番号	
				既存の通院医療費の有効期限 年 月 日	
申請書 (届出書) を提出 した者	氏名	箕面 太郎		本人 との 関係 (印)	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 医療機関職員 () ☐ その他 ()
	住所	同上			
	電話	()			

※ 1 2 3 N

※ ☐ 有 ☐ 無 (転入・新規・他) ☐ 無 (年金証書)

いずれかに✓

市町受付印

- (注) 1 新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、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」が必要です。ただし、マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合は年金関係の書類の添付を不要とすることができます。
- 2 年金証書等の写しによる申請の場合、又はマイナンバーを活用した情報連携では障害等級等の確認ができなかった場合は、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。
- 3 ※の欄は記入しないでください。
- 4 裏面の障害者手帳に関する注意事項を読んだ上でご記入ください。