

精神障害者保健福祉手帳申請書

仙台市長

※ 手帳の交付を求める本人に関する事項

	フリガナ											生年月日		
	氏名											年	月	日
	個人番号													歳
	住所	〒												
希望先	現住所・別住所 〒													
												区役所・総合支所 受付印		

※ 保護者（手帳の交付を求める本人が18歳未満の場合）、提出者に関する事項

フリガナ			本人との関係	
氏名				
住所			電話 ( )	

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定に基づく精神障害者保健福祉手帳について、下記の事由により交付を申請します。(当てはまるものに☑をしてください。)

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 等級変更 <input type="checkbox"/> 市外転入 <input type="checkbox"/> 記載事項変更 ※変更内容を以下に記載ください	
<input type="checkbox"/> 再交付 ( <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 様式変更 <input type="checkbox"/> その他 _____ )	
変更内容	(変更前)
	(変更後)

添付書類等	<input type="checkbox"/> 初診日より6か月以上経過した時点の医師の診断書（作成日から3か月以内のもの）
	<input type="checkbox"/> 精神障害を支給事由として、現に受給している障害年金証書等 ※同意（確認）書必要
	<input type="checkbox"/> 精神障害を支給事由として、現に受給している特別障害給付金受給資格者証等 ※同意（確認）書必要
	<input type="checkbox"/> 前自治体で交付された有効期限内の精神障害者保健福祉手帳

<input type="checkbox"/> 自立支援医療を同時に申請します	別途、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書が必要です。 ※障害年金証書等による申請の場合、同時申請できません。
--	--

<input type="checkbox"/> 更新案内の送付を希望しません	次回更新時の案内送付を希望しない方は、☑を記入してください。
---	--------------------------------

希望様式	<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> カード	での交付を希望します。	精神保健福祉総合センター 受付印
年    月    日			
申請者氏名 _____ (提出者氏名： _____)			

◇◇ 区役所・総合支所使用欄 ◇◇		◆◆ 精神保健福祉総合センター使用欄 ◆◆	
・現在の手帳	1 ・ 2 ・ 3 級 , 紙 ・ カード	郵送申請	・判定等級
・手帳有効期限	～ 年 月 日		1 ・ 2 ・ 3 級 ・ 却下
・自立支援医療同時申請	有 ・ 無 (年金証書による申請の場合は不可)		・手帳有効期限
・自立支援医療有効期限	～ 年 月 日		～ 年 月 日
・更新欄余白	有 ・ 無 ・ 不明		・等級変更
・写真の提出	有 ・ 無 枚		級 → 級
・支援措置	有 ・ 無		・前回申請
			診断書 ・ 障害年金等 ・ 転入
			【受付者： _____】 【入力者： _____】
			・様式の変更
			有 ・ 無