

市町村名		市町村コード		市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	--	--------	--	----------	----	---	---	---

精神障害者保健福祉手帳交付等申請（届出）書

神奈川県知事 殿

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次の事項について申請・届出します。

↓ あてはまるものに○

↓ あてはまるものに○

申請・届出 事由	1	新規申請	6	氏名変更
	2	更新	7	神奈川県域内住所変更
	3	再承認	8	毀損・紛失等による再発行
	4	等級変更	9	更新欄無しのため再発行
	5	県外転入（含む横浜市・川崎市・相模原市）	10	返還届（理由： ）

1,2,3,4,5,8,9の申請（届出）の方は、写真を添えて申請してください。

カード形式での発行を希望する場合は○ →

申請年月日	令和	年	月	日	既存の手帳の手帳番号													
(障害申請者本人)	フリガナ				生年月日				明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日									
	(氏)				(名)				電話 ()									
	現在の居住地				(〒 神奈川県)				電話 ()									
	個人番号																	
家族等の連絡先	氏名				続柄				住所						電話 ()	—		
申請内容	添付書類	1 診断書 2 年金証書の写し(級)				既存の手帳の有効期限		平成	令和			年		月		日		
	3 個人番号により年金関係情報を確認																	
	自立支援医療同時申請の有無				有	無	既存の自立支援医療(精神通院)の受給者番号											

居住地・氏名・住所等変更の場合、以前のことに付いて、変更箇所のみ記入してください。

変更事項	今までの居住地	(〒 —)							
	本人(旧氏名)	フリガナ			変更年月日	令和	年	月	日
		(氏)	(名)						

(以下は、記入しないでください)

	センター受付印	市町村受付印
--	---------	--------

(センター使用欄)

審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	