

様式第9号
(第23条関係)

のり付けせず、裏向きで
テープで貼ってください

写真貼付位置

(更新手続きの方へ)

写真付手帳を閉じ

所持していますか

はい・いいえ

受理機関名	播磨町	受理年月日 年 月 日
経由機関名		年 月 日
精神保健福祉センター	収受年月日	年 月 日

精神障害者保健福祉手帳交付申請書

年 月 日

兵庫県知事様

申請者 氏名.....印

電話(.....).....番

*申請が本人でない場合、続柄(.....)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項又は第4項の規定により、次のとおり精神障害者保健福祉手帳の交付を申請します。

種別	新規 ・ 更新 ・ 再申請 (神戸市・県外からの転入、等級変更)					
申請者	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
	住所	〒				
自立支援医療(精神通院医療)受給者番号	第	号	手帳番号	第	号	
自立支援医療(精神通院医療)受給者証の有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	精神障害者保健福祉手帳の有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	

- (注) 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人であること。また、記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。
 2 「種別」の欄は、該当するものを○で囲むこと。なお、「神戸市・県外からの転入、等級変更」に該当する場合は、その該当項目を で囲むこと。
 3 医師の診断書又は年金証書の写し又は特別障害給付金受給資格者証の写しを添付すること。
 なお、年金証書の写し又は特別障害給付金受給資格者証の写しを添付して行う申請の場合は、障害等級を社会保険事務所等に照会するため、別途同意書が必要です。
 4 写真(縦4cm×横3cm、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)を添付すること。
 5 印の欄は、記入しないこと。