

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
縦4cm×横3cm
〔上半身・無帽〕
〈更新手続きの方へ〉
写真手帳を既に
所持していますか
はい・いいえ

※受理機関名		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收受年月日		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

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 (本人)	フリガナ				生年	明治・大正	年 月 日
	氏名	印			月日	昭和・平成	年 月 日
	住所	〒 —					
	電話	()	—	番	個人番号		
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

申請書提出者 氏名.....①

電話() — 番

提出者が本人でない場合、続柄()

- (注)
- 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。
 - 「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。
 - 医師の診断書又は年金証書等(※)を添付すること。ただし、年金証書等で申請する場合は、障害等級等を年金事務所等に照会するため、別途同意書が必要。
(※) ①または②の書類
①年金証書及び直近の年金振込通知書又は年金支払い通知書の写し
②特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写し
 - 写真(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。
 - *印の欄は、記入しないこと。