

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〉  
写真付手帳を既に  
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

申請日を記入→ ○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	カウ タロウ					
	氏名	加東 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>					
	住所	〒 679-1493 加東市社50					
	電話	(0795) 42-XXXX番					
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0						
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.....印  
電話 ( ) - 番  
提出者が本人でない場合、続柄 ( )

(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。

**現在、所持している方は転記してください。**  
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、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年金事務所等に照会するため、別途同意書が必要。  
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
- 4 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。
- 5 \*印の欄は、記入しないこと。