

様式第29号 (第26条関係)

※ 市 町 名	
---------	--

障 害 等 級 変 更 申 請 書

申請日を記入→ 年 月 日

兵庫県知事 様

申請者 住所 加東市社50

氏名 加 東 太 郎 印

電話 (0795) 42 — 3301 番

次の障害等級を変更したいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第9条第1項の規定により申請します。

手 帳 番 号	第 012345 号	有効期間	平成 16年 3月 20日から 平成 18年 3月 31日まで	障害等級	2 級
---------	------------	------	------------------------------------	------	-----

- (注) 1 「障害等級」の欄は、精神障害者保健福祉手帳に記載されている障害等級を記入すること。
- 2 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、障害等級の判定のため、社会保険事務所等に照会します。
- 3 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。
- 4 ※印の欄は、記入しないこと。

現在、所持している手帳の
等級を記入してください。