

精神障がい者保健福祉手帳申請書

(提出先) 大阪市長

平成 年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。

1. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条に基づく精神障がい者保健福祉手帳の
[新規交付、更新、障がい等級変更、市外からの転入による交付]
2. 市営住宅等の申込等のため精神障がい者と同程度に相当することの証明

申請書提出者の氏名 Ⓜ

申請書提出者の住所

申請者との関係 本人・その他 ()

申請者 (本人)	(フリガナ)											生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日						
	氏名	Ⓜ																		
	個人番号																			
	住所	〒										電話番号 ()								
	家族の 連絡先	氏名						続柄				住所	〒 - 電話番号 ()							
	添付書類	<input type="checkbox"/> 手帳用診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し (級) <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 手帳の写し										既存の手帳番号								
												自立支援医療の受給者番号								
既存の手帳の有効期限												平成 年 月 日								
備考：												区保健福祉センター 受付印				こころの健康センター 受付印				
												番号確認 () 本人確認 ()								

- (注) 1. 手帳の新規交付、更新または障がい等級変更の申請には、添付書類として「医師の診断書」または「障がい年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」が必要です。
2. 年金証書等の写しによる申請の場合は、障がい等級の判定のためには中央年金センターまたは各共済組合等に対し、年金の障がい等級を照会することがありますので、「同意書」を添付してください。
3. 等級判定に係る審査において、診断書の記載事項に不備や疑義がある場合には、本市から主治医に対して直接照会を行います。この場合、主治医からの回答後に改めて審査を行うので等級決定までに時間を要することがありますので、ご了承願います。
4. 精神症状等の理由により、写真の提出ができない場合には、利用できるサービスに差異が生じることがありますので、ご了承願います。

(本市使用欄 本人写真の提出の有無 有・無)