

精神障害者保健福祉手帳申請書

年 月 日

(あて先)札幌市長

申請書提出者 氏名(本人との続柄)

住所 区

TEL - - FAX - -

(障がい者本人)	フリガナ	TEL - -									
	氏 名	年 月 日生 (歳) FAX - -									
	個人番号										
	住所	区									

※通知の送付先を申請者以外に指定する場合(申請者住所に送付の場合は記載不要)

送付先	〒
-----	---

※申請者が18歳未満の場合

保護者	フリガナ	続柄	TEL - -
	氏 名		FAX - -
	住所	区	

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定に基づく精神障害者保健福祉手帳を下記のとおり申請します。

※ いずれかあてはまるものに○をつけてください。

	新規			初診日より6か月が経過した時点の診断書	写真 (有・無)
	更新	添付書類等		☐ 本申請の結果について、必要があるときは診断書を作成した医療機関に情報提供することに同意します。	
	等級変更			精神障がいを支給事由とした年金証書等【*】・同意書	
	市外転入	添付書類等		精神障がいを支給事由とした特別障害給付金証書等【*】・同意書	
				前自治体で交付された有効期限内の精神障害者保健福祉手帳	

☐ グループホームへの入居等により、手帳に記載の住所が現住所でないため、備考欄に現住所の記載を希望します。(居住地特例のため)

※ マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合は、現在受給されている障害年金を支給している機関を、以下から○で囲んでください。なお、この場合、【*】の添付は不要です。

1. 日本年金機構(障害年金/特別障害給付金)	2. 国家公務員共済組合連合会	3. 地方職員共済組合
4. 地方職員共済組合団体共済部	5. 公立学校共済組合	6. 警察共済組合
7. 東京都職員共済組合	8. 全国市町村職員共済組合連合会	9. 日本私立学校振興・共済事業団

※ 更新及び等級変更を申請する場合は、以下も記載してください。

精神障害者保健福祉手帳番号								既存の手帳の障害等級	級						
既存の手帳の有効期間	元号		年		月		日	～	元号		年		月		日
等級変更申請の結果が同一等級の場合	交付日を始期とした新たな手帳の交付を 1 希望する 2 希望しない (いずれかに○をつけてください)														

備考		取扱者氏名	
☐ 職員が、顔写真つきの身分証1点 または 顔写真なしの身分証2点にて本人確認(身元確認)を行った。(マイナンバー記載の場合のみ) 備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。			