

障害者手帳申請書  
(居住地の変更の届出書)

摂津市長 様

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳に関して、次の事項について申請します(届け出ます)。(該当事項に○印)

写 真  
(縦4cm×横3cm)  
(1) 脱帽して上半身を写したもので、原則として1年以内に撮影したもの  
(2) 写真の裏面にボールペンで氏名を記入してください。  
(3) 写真はのりづけせず、裏返しにしてゼロハンテープで仮止めしてください。

- (1) 精神障害者保健福祉手帳の交付
- (2) 他の都道府県又は市町村より居住地を移した旨
- (3) 障害等級の変更
- (4) 精神障害者保健福祉手帳の更新

申請者 (届出者) (障害者 本人)	フリガナ											生年 月 日	年 月 日												
	氏 名											個人番号													
	住 所	摂津市										電話	( )												
居住地の変更の届出者のみ記入	変更前の住所											変更 年 月 日	年 月 日												
家族の 連絡先	氏 名					続柄		住 所											電話	( )					
添付 書類 ( <input checked="" type="checkbox"/> 印)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し(   級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し																								
既存の手帳の手帳番号																		既存の手帳の有効期限	年 月 日						
申請書 (届出書) を提出 した者	氏 名					本人 との 関係 ( <input checked="" type="checkbox"/> 印)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員( ) <input type="checkbox"/> その他( )				住 所											電話	( )		

受付印

(注) 1 新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金等の年金証書、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、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。