

障害者手帳交付等申請(届出)書

申請(届出)日

○年○月○日

(あて先) 八尾市長

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ついて、次のとおり申請します(届け出ます)。

| | |
|---------------------------|--|
| 申請(届出)の理由 (○で囲んでください。) | 新規 ・ 転入 ・ 更新 ・ 障害等級の変更 再交付【 紛失・破損・写真貼替 】・記載事項の変更【 居住地・氏名 】 |
|---------------------------|--|

| | | |
|-------------|------|--|
| 申請者 (本人) | フリガナ | ヤオ タロウ |
| | 氏名 | 八尾 太郎 |
| | 生年月日 | 昭和11年 1 月 1 日 |
| | 住所 | 〒 581-0000 電話番号 000(000)0000 八尾市本町0-0-0 |
| | 個人番号 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 家族の 連絡先 | フリガナ | |
| | 氏名 | 本人との続柄 |
| | 住所 | 電話番号 () |

写真は裏から名前を記入し、
裏からセロハンテープを
貼り付けてください

(注) 転入・変更の届出の場合は、以下に変更がある部分のみ記入してください。

| | |
|-----|--------|
| 区分 | 変更前(旧) |
| 居住地 | |
| 氏名 | |

↓当てはまる項目に✓印を
付けてください

| | | | |
|---------------------------------|--|-------------|-----------|
| 添付書類 (□にレ印 を付けて ください。) | <input checked="" type="checkbox"/> 医師の診断書 | 手帳番号 | 八尾市第0000号 |
| | <input type="checkbox"/> 年金証書の写し(級)・同意書 | 手帳の有効期限 | ○年 ○月 ○日 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し | 通院医療費の受給者番号 | |
| | | 通院医療費の有効期限 | 年 月 日 |

| | | | |
|-----------------------|----|---------------------------------|-------|
| 申請(届出) 書を提出 した者 | 住所 | 電話番号 000(000)0000 八尾市本町0-0-0 | (受付印) |
| | 氏名 | 八尾 太郎 本人との関係 本人 | |