

## 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。)	<b>新規</b> ・ 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	
	<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 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	