

## 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											
	氏名											
	生年月日	年 月 日										
	住所	〒 ー 電話番号 ( )										
	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)  
(たて4cm、よこ3cm)  
(1)脱帽、上半身  
(2)原則として1年以内に撮影したもの  
(3)写真の裏面にボールペンで氏名を記入してください。  
(4)写真はのり付けせず、裏返しにしてセロハンテープで仮止めしてください。

(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	

添付書類 (□にレ印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書の写し( 級)・同意書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し	手帳番号	
		手帳の有効期限	年 月 日
		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 ( )										
	氏名	本人との関係										
												(受付印)