

障害者手帳申請書 (居住地の変更の届出書)

年 月 日

豊中市長 様

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)

- (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

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) 写真はのりづけしないでください。

(2枚目には不要です)

申請者 (届出者) <small>(障害者本人)</small>	フリガナ					生 年 月 日	明・大・昭・平					
	氏名	ⓑ			年		月	日				
	住所	豊中市									日	
	電話	()										
	個人番号											
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			
通知連絡先	□申請者あて		□提出者あて									
	□上記以外	氏名	電話 ()									
		住所										
添付書類	□医師の診断書		既存の手帳の手帳番号									
	□年金証書の写し(級)											
	□精神障害者保健福祉手帳の写し		既存の手帳の有効期限	年 月 日								
現在ご利用中の制度にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院医療) 受給中・同時申請 (いずれかに○) <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用中 <input type="checkbox"/> 手当受給中												
申請書(届出書)を提出した者	氏名	ⓑ	本人との関係	<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	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 電話 ()					

- (注) 1 新規交付、更新また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」または「障害年金の年金証書、年金裁定通知書および直近の振込(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。
- 3 申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名により記載してください。

受付印

受付者名: _____