

浜松市精神障害者保健福祉手帳交付事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第45条の規定に基づく精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）の交付について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号。以下「政令」という。）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号。以下「省令」という。）並びに浜松市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（平成19年浜松市規則第42号。以下「細則」という。）に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(法令以外の基準)

第2条 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領（平成7年健医発第1132号厚生省保健医療局長通知。以下「要領」という。）に定めのある事項については、これに従い事務を実施するものとする。

(申請・届出の様式)

- 第3条 細則第13条第1項及び第2項の申請書は、障害者手帳申請書（第1号様式）とする。
- 2 細則第13条第3項及び第4項の届出書は、記載事項等変更届（第2号様式）とする。
 - 3 細則第13条第5項の申請書は、再交付申請書（第3号様式）とする。
 - 4 省令第23条第1号の診断書は、診断書（精神障害者保健福祉手帳用）（第4号様式）とする。
 - 5 市長は、省令第23条第2号の書類の写しを用いて申請する場合、年金証書内容照会同意書（第5号様式）により、障害年金の障害等級を関係機関へ照会することの当該精神障害者の当該精神障害者の同意を得るものとする。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成28年1月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

障害者手帳申請書

年 月 日

(※全て氏) 姓(姓)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第68条に基づき精神障害者保健福祉手帳に係る次の事項について申請します。

申請内容 (区別)	新設(注1)・変更・障害等級変更・認定期間満了の再認定													
申請者 (対象者本人)	フリガナ						生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成						
	氏名	(印)												
	住所	〒 _____ 市区町村 _____ 番地 _____ 電話 _____												
	個人番号													
医師の診断書 (申請者が医師 診断の場合に 記入)	フリガナ						本人との 関係 (区別)	父母 兄弟姉妹 祖父母 その他()						
	住所	同上	(〒 _____)				電話 _____							
届(付書類 (区印を付けて てください))	医師の診断書(印刷用) 年金証書等の写し(納・同居書 精神障害者に対する医師診断書の写し(納・同居書													
	写真(縦4cm×横3cm)						申請種別	住・職	学・業	保・健				
既存の手帳	有効期間	平成 年 月 日	手帳番号				等級	級						
既存の 自立支援医療	有効期間	平成 年 月 日	医師番号											
申請書を 届出した書 (申請者が書面 を提出し記入する 必要ありません)	フリガナ						本人との関係 (区別)	父母 兄弟姉妹 祖父母 その他()						
	住所	同上	(〒 _____)				電話 _____							

(注) 1. 申請が新規(注1)・変更(注2)の場合は申請書に添付するものとして、(医師の診断書) 又は「障害者手帳の再認定申請書、年金証書の写し等の写し(区印) 添付書の写し」又は「精神障害者保健福祉手帳(注3)・精神障害者に対する医師診断書の写し(区印) 添付書の写し」を添付する。

2. 年金証書等の写し、又は精神障害者に対する医師診断書の写しによる申請の場合は、障害等級が申請したものに劣る等級に引き上げられたり、年金の障害等級等が変更されることとなります。

3. 写真(縦4cm×横3cm)は、申請が既存の手帳に申請を無効で取り消すものも添付してください。

【郵 送】 各都道府県庁 中央：457-8555 横浜：424-0178 宮城：937-1118
 青森：420-1488 茨城：323-2888 富山：930-1187 石川：922-0228

	窓口受付時間	センター受付時間	郵送受付日
郵 送			

第2号様式

障害者手帳記載事項変更届

届出書(非)

(あて先)
届出先番

姓 名
年 齢
電 話 番 号
居 住 番 号

交付を受けている
精神障害者保健福祉
手帳の手帳番号

(氏名を変更する場合は、捺印は不要です。)

届出先番
氏名と住所
に変更があったので、届出します。

1. 変更事項

区 分	変 更 前	変 更 後
姓 名		
住 居		

2. 変更年月日 年 月 日

(注)

1. 交付を受けている精神障害者保健福祉手帳を返付してください。
2. 製造所変更の住所変更による届出の場合、様式第1号による精神障害者保健福祉書を作成してください。

富士号様式

障害者手帳再交付申請書

年 月 日

（ふく生）

福祉支局

姓 名

氏 名

電 話 号

居 住 号

交付を受けている

精神障害者保健福祉法

第 条 の 第 号 号

（尚書が必要の場合は、押印は不要です。）

次のとおり精神障害者保健福祉法第 条 の再交付を受けたいので申請します。

再交付の理由（該当する理由を○で囲んでください。）

（○） 消滅

（○） 紛失

（○） 紛失

（○） 写真貼付票しから写真貼付有りへの変更

（○）

1. 消滅又は紛失を理由として再交付を申請する場合は、交付を受けている精神障害者保健福祉法第 条 を併記してください。

2. 申請日前 1 年以内の上申書を無効で取り消した写真（図 4 センター A）又は図 3 センター A）を添付してください。

書名等欄式

年金証書（特別障害給付金受給資格者証）内容照会同意書

平成 年 月 日

届出相 南三興

申請書 庄一所

武 志 用

精神障害者保健福祉手帳の交付又は変更の認定に当たり、貴職において、年金証書（特別障害者給付金受給資格者証）の内容について関係機関に問い合わせることに同意します。

