

ここに記入してください

個人番号 123456789012

障害者手帳申請書
(居住地の変更の届出書)

平成 年 月 日

大阪府知事 様

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。

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、下記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の申請
- (2) 他の都道府県より居住地を移した旨の届出
- (3) 障害等級の変更の申請
- (4) 精神障害者保健福祉手帳の更新の申請

申請者	フリガナ					生年月日	明・大・昭・平		
	氏名						年	月	日
〔障害者本人〕	住所	大阪府				電話			
	電話	()							
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
家族の連絡先	氏名	続柄	住所	電話		()			
添付書類(○印)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書		既存の手帳の手帳番号						
	<input type="checkbox"/> 年金証書の写し(級)		既存の手帳の有効期限		年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し								
申請書(届出書)を提出した者	氏名	本人との関係(○印)	住所		電話 ()				
		<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()							

記入例

※ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 9

市町村受付印	大阪府受付印

(注)1 新規交付、更新又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」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(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 裏面の障害者手帳に関する注意事項を読んだ上でご記入ください。