

障害者手帳交付等申請(届出)書

(申請(届出)先) 茨木市長

申請(届出)日 年 月 日

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)者(障害者本人)	フリガナ		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。
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
電話番号			

(注) 写真は、申請(届出)者の申出により、市長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除き、脱帽したものとしてください。

家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合のみ記入してください。)	フリガナ		本人との続柄	
	氏名			
	住所			
電話番号				

(注) 申請者住所(申請者が18歳未満の場合は、家族の連絡先)と異なる通知先住所を指定される場合は、以下の通知先の欄も記入してください。

通知先	区分	1. 本人 2. 家族 3. 医療機関職員 4. その他 ()
	フリガナ	
	氏名	
	住所	
電話番号		

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】・返還【死亡・その他()】 取り下げ・その他()
---------------------------	--

(注) 変更の届出の場合には、以下に変更の部分のみ記入してください。

区分	変更前(旧)	変更後(新)
居住地		
氏名		
その他		

添付資料 (□にレ印を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書【*】	手帳番号	
	<input type="checkbox"/> 年金証書等の写し(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	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の原本	通院医療費の有効期限	年 月 日
【*】は個人番号を活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合は、添付不要です。			

(注) 個人番号を活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合又は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。

届出人	住所		(受付印)
	氏名		
	電話番号	()	
本人との続柄			