

障 害 者 手 帳 申 請 書

年 月 日

（居住地の変更の届出書）

（あて先）東大阪市長

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の申請
- 2 東大阪市内より居住地を移した旨の届出
- 3 精神障害者保健福祉手帳の更新の申請
- 4 障害等級の変更の申請

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)写真の裏面に氏名を記入してください。
(4)写 真 は の り づ 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。

申 請 者 (届出者) (障害者本人)	フリガナ											生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和						
	氏 名												年	月	日				
	住 所	東大阪市										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					
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合記入)	氏 名											続 柄		住 所	電 話				
添 付 書 類 (○印)	1 医師の診断書 2 年金証書等の写し(級)・同意書 3 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書 4 精神障害者保健福祉手帳の写し																		
既存の手帳の手帳番号											既存の手帳の有効期限		年 月 日						
申 請 書 (届出書) を 提 出 し た 者	氏 名											本 人 と の 関 係 (○印)	1 本 人 2 家 族 3 医療機関職員() 4 そ の 他()		住 所	電 話			

保健センター受付印	健康づくり課受付印

(注意事項)

- 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」又は精神障害のため障害年金や特別障害給付金を受給されている方は「年金証書等の写し及び直近の振込(支払)通知書の写し」が必要です。
- 2 医師の診断書による申請の場合は、障害等級の判定のために大阪府精神障害者保健福祉手帳審査会で審査されます。
- 3 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、年金の障害等級等の確認を行いますので、照会のための同意書が必要となります。
- 4 「家族の連絡先」には申請者が18歳未満である場合は、親権を行う者、または未成年者後見人その他の者で監護する者の氏名、住所、連絡先及び続柄を記載してください。

□自立支援医療同時申請