

市町村名	大和市	市町村コード	1	2	市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	-----	--------	---	---	----------	----	---	---	---

精神障害者保健福祉手帳交付等申請（届出）書

神奈川県知事 殿

私は、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の次の事項について申請・届出します。

↓ あてはまるものに○

↓ あてはまるものに○

申請・届出	1	新規申請	6	氏名変更
	2	更新	7	神奈川県域内住所変更
	3	再承認	8	毀損・紛失等による再発行
	4	等級変更	9	更新欄無しのため再発行
	5	県外転入（含む横浜市・川崎市・相模原市）	10	返還届（理由：）

1,2,3,4,5,8,9,の申請（届出）の方は、写真を添えて申請してください。

カード形式での発行を希望する場合は○ →

申請年月日	令和	年	月	日	既存の手帳の手帳番号								
（障害申請者本人）	フリガナ				生年月日								
	（氏）				（名）				明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日				
	現在の居住地		（〒 - ） 神奈川県		電話（ ） -								
個人番号												電話（ ） -	
家族等の連絡先	氏名	続柄	住所	電話（ ） -									
申請内容	添付書類	1 診断書 2 年金証書の写し（ 級） 3 個人番号により年金関係情報を確認			既存の手帳の有効期限	平成	令和	年	月	日			
	自立支援医療同時申請の有無		有	無	既存の自立支援医療（精神通院）の受給者番号								

居住地・氏名・住所等変更の場合、以前のことに付いて、変更箇所のみ記入してください。

変更事項	今までの居住地	（〒 - ）											
	本人（旧氏名）	フリガナ				変更年月日				令和	年	月	日
		（氏）				（名）							

-----（以下は、記入しないでください）-----

センター受付印						市町村受付印					
---------	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--

（センター使用欄）

審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	

市町村名	大和市	市町村コード	1	2	市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	-----	--------	---	---	----------	----	---	---	---

精神障害者保健福祉手帳交付等申請（届出）書

神奈川県知事 殿

私は、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の次の事項について申請・届出します。

↓ あてはまるものに○

↓ あてはまるものに○

申請・届出	1	新規申請	6	氏名変更
	2	更新	7	神奈川県域内住所変更
	3	再承認	8	毀損・紛失等による再発行
	4	等級変更	9	更新欄無しのため再発行
	5	県外転入（含む横浜市・川崎市・相模原市）	10	返還届（理由：）

1,2,3,4,5,8,9,の申請（届出）の方は、写真を添えて申請してください。

カード形式での発行を希望する場合は○ →

申請年月日	令和	年	月	日	既存の手帳の手帳番号								
（障害申請者本人）	フリガナ				生年月日								
	（氏）				（名）				明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日				
	現在の居住地		（〒 - ） 神奈川県		電話（ ） -								
個人番号												電話（ ） -	
家族等の連絡先	氏名	続柄	住所	電話（ ） -									
申請内容	添付書類	1 診断書 2 年金証書の写し（ 級） 3 個人番号により年金関係情報を確認			既存の手帳の有効期限	平成	令和	年	月	日			
	自立支援医療同時申請の有無		有	無	既存の自立支援医療（精神通院）の受給者番号								

居住地・氏名・住所等変更の場合、以前のことに、変更箇所のみ記入してください。

変更事項	今までの居住地	（〒 - ）											
	本人（旧氏名）	フリガナ				変更年月日				令和	年	月	日
		（氏）				（名）							

-----（以下は、記入しないでください）-----

センター受付印						市町村受付印					
---------	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--

（センター使用欄）

審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	

市町村名	大和市	市町村コード	1	2	市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	-----	--------	---	---	----------	----	---	---	---

精神障害者保健福祉手帳交付等申請（届出）書

神奈川県知事 殿

私は、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の次の事項について申請・届出します。

↓ あてはまるものに○

↓ あてはまるものに○

申請・届出	1	新規申請	6	氏名変更
	2	更新	7	神奈川県域内住所変更
	3	再承認	8	毀損・紛失等による再発行
	4	等級変更	9	更新欄無しのため再発行
	5	県外転入（含む横浜市・川崎市・相模原市）	10	返還届（理由：）

1,2,3,4,5,8,9,の申請（届出）の方は、写真を添えて申請してください。

カード形式での発行を希望する場合は○ →

申請年月日	令和	年	月	日	既存の手帳の手帳番号								
（障害申請者本人）	フリガナ				生年月日								
	(氏)				(名)				明治 大正 昭和 平成 令和				
	現在の居住地				(〒 -) 神奈川県				電話 () -				
個人番号													
家族等の連絡先	氏名	続柄			住所			電話 () -					
	申請内容	添付書類	1 診断書 2 年金証書の写し(級)		既存の手帳の有効期限		平成	令和	年	月	日		
自立支援医療同時申請の有無		有	無	既存の自立支援医療(精神通院)の受給者番号									

居住地・氏名・住所等変更の場合、以前のことに、変更箇所のみ記入してください。

変更事項	今までの居住地	(〒 -)										
	本人(旧氏名)	フリガナ				(氏)				(名)		
		変更年月日		令和	年	月	日					

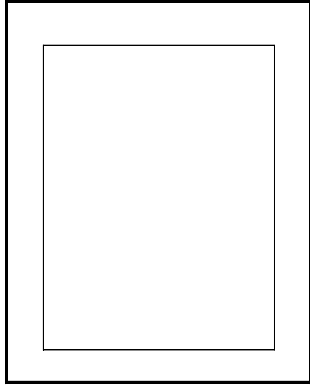
----- (以下は、記入しないでください) -----

				センター受付印				市町村受付印			
--	--	--	--	---------	--	--	--	--------	--	--	--

(センター使用欄)

審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	

市町村名	大和市	市町村コード	1	2	市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	-----	--------	---	---	----------	----	---	---	---



写真貼付欄

使用できる写真

- たて4cm×よこ3cm
- 脱帽、上半身
- 手帳の申請のときから1年以内に撮影したもので、本人であることが明確に判別できること。
<スナップ、集合写真の切り抜きは不可>

写真を貼り付ける時の注意

- この用紙は機械で読み取りますので汚さないでください。
- 案内線を目安に、ゆがまないように貼り付けてください。

申請年月日		令和	年	月	日	既存の手帳の手帳番号				
(障害者申請者本人)	フリガナ					生年月日				
						明治 大正 昭和 平成 令和				
	(氏)		(名)			年 月 日				
	現在の居住地	(〒 -)				電話 () -				
神奈川県										
個人番号										

(別記様式3)

見本

和	市	市町村コード	1	2	市町村受理年月
---	---	--------	---	---	---------

精神障害者保健福祉手帳交付等申請

神奈川県知事 殿

私は、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

↓ あてはまるものに○

↓ あてはまる

申請 事由 届出	1	新規申請	6	氏名変更
	2	更新		
	3	再承認		
	4	等級変更		
	5	県外転入(含む横浜市・川崎市・相模原市)		

新規と転入申請の場合は記入は不要です。

カード形式で発行を希望する場合は○をつけてください。
 ※カード形式手帳へ切り替えの場合は写真の添付が必要です。
 ※○がついていない場合は紙形式の手帳で発行します。
 ※カード形式手帳は写真が白黒での発行となります。

1,2,3,4,5,8,9,の申請(届出)の方は、写真を添えて申請してください。

カード形式で発行を希望する場合は○ → ○

申請年月日	令和	年	月	日	既存の手帳の手帳番号	0	0	1	2	3	4	5
フリガナ	ヤマト	タロウ	生年月日	明治	大正	昭和	平成	令和				
氏名	大和	太郎	60年	5月	20日							
マイナンバー	004	電話	(046)	260	-	5667						
住所	和천시鶴間1-31-7											
個人番号												

申請者控にマイナンバーの記入は不要です。

障害者本人が18歳未満の場合は、記入してください。

家族等の連絡先	氏名	障害者本人が18歳未満の場合は、記入してください。										
申請内容	添付書類	1 診断書 2 年金証書の写し(級)	既存の手帳の有効期限	平成	令和	年	月	日				
	自立支援医療同時申請の有無	有 無	既存の自立支援医療(精神通院)の受給者番号									

居住地・氏名・住所等変更の場合、以前のことに、変更箇所のみ記入してください。

変更事項	今までの居住地	(〒 -)	変更年月日	令和	年	月	日
	本人(旧氏名)	フリガナ (氏)	(名)				

既存の手帳から変更事項がある場合は、変更前の情報を記載してください。手帳の訂正をしますので、必ず手帳原本を提出してください。
 県外からの転入(横浜市、川崎市、相模原市も含む)の方は記入は不要ですが、手帳の提示(または写し)が必要です。

以下は、記入しないでください)

センター受付印	市町村受付印
---------	--------

審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
審査年月日	年	月	日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留
不承認・保留の理由												
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留	