

精神障害者保健福祉手帳交付等申請書

① 京都市提出用

(宛先) 京 都 市 長	令和 年 月 日
申請者の住所 (〒 -)	申請者の氏名 電話 - (精神障害者との関係)

☐ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付（新規） ☐ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第9条第1項の規定により障害等級の変更 ☐ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第4項の規定による精神障害の状態にあることについての認定（更新） を申請します。		
精神障害者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	電話 -
	生年月日	大・昭 平・令 西 暦 年 月 日
	個人番号	
精神障害者 保健福祉手帳	障害等級	級
	交付番号	有効期限 令和 年 月 日
精神障害者の 連 絡 先	住 所	
	氏 名	電話 - (精神障害者との関係)

注 該当する□には、レ印を記入してください。

② 保健福祉センター提出用

② 保健福祉センター提出用

② 保健福祉センター提出用

注 該当する□には、レ印を記入してください。

精神障害者保健福祉手帳交付等申請書

(宛先) 京 都 市 長	令和 年 月 日
申請者の住所 (〒 -)	申請者の氏名 電話 - (精神障害者との関係)

③ 申請者控

☐精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付（新規）

☐精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第9条第1項の規定により障害等級の変更

☐精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第4項の規定による精神障害の状態にあることについての認定（更新）

を申請します。

精神障害者	住 所													
	ふりがな													
	氏 名	電話 -												
	生年月日	大・昭 平・令 西 暦	年		月		日							
	個人番号													
精神障害者 保健福祉手帳	障害等級	級												
	交付番号						有効期限	令和	年	月	日			
精神障害者の 連 絡 先	住 所													
	氏 名	電話 - (精神障害者との関係)												

注 該当する□には、レ印を記入してください。