

# 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											
	生年月日	大・昭 平・令 西 曆	年	月	日	電話 -						
	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 )									

4桁目と5桁目に  
 印を  
 点線  
 にする

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

② 保健福祉センター提出用

(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												
	生年月日	大・昭 平・令 西 曆	年	月	日	電話							
	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 )											

○印の  
線を点線  
にする

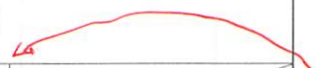
注 該当する□には、レ印を記入してください。

# 精神障害者保健福祉手帳交付等申請書

③ 申請者控

(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										
	生年月日	大・昭 平・令 西 曆	年	月	日	電話 -					
	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 )									

○印の  
線を  
点線  
にす

注 該当する□には、レ印を記入してください。