様式第4号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 精神障害者保健福祉手帳申請書(届出書) |
| 神戸市長　　　　宛 | ※ | 　 | 　 |
| ※受付年月日 | 年　　月　　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条第1項に規定する精神障害者保健福祉手帳(以下この様式において「手帳」という。)に関し，次の事項(○印を付けた事項)について申請(届出)をします。　(1)　新規交付　(2)　更新　(3)　障害等級の変更　(4)　市外からの転入 |
| 　 | 手帳の交付を受けようとする者(以下この様式において「本人」という。) | (住所)〒(電話)　　　　　　　　 | 　 |
| フリガナ(氏名)　　　　　　　　　　 | (生年月日)年　　月　　日 |
| 個人番号 |
| 家族の連絡先(申請者が18歳未満の場合に記入) | (住所)〒(電話)　　　　　　　　 |
| フリガナ(氏名) | (続柄) |
| 添付書類(○印) | ・医師の診断書・年金証書等の写し(　級) | 既存の手帳の有効期限 | 年　　月　　日 |
| 既存の手帳の手帳番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 申請書を提出した者 | (住所)〒(電話)　　　　　　　　 |
| フリガナ(氏名)　　　　　　　　　　　　　 | 本人との関係 | ・本人・家族・医療関係職員(　　　)・その他(　　　　　　) |
| 備考 | 　 |
| 　 |

注意

　1　この申請書は，申請者又はその代理人が記入すること。

　2　※の欄は，記入しないこと。