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。