

精神障害者保健福祉手帳交付等申請書

①京都市提出用
②保健センター提出用
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 (記名押印又は署名) 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 曆	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	平成 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 該当する口には、レ印を記入してください。