

受付区	中央・南・緑（津・城・相・藤）	窓口受理日	R	住民番号										
-----	-----------------	-------	-------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

精神障害者保健福祉手帳交付等申請（届出）書

相模原市長 殿



私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神保健福祉手帳の次の事項について申請・届出します。

申請・届出 事由	1	新規申請	6	再発行（汚れ・破れ・紛失・その他）
	2	更新（再承認）※再承認の場合は○をつけてください。	7	保護者変更
	3	等級変更	8	返還（死亡・転出・その他） 年 月 日
	4	氏名変更	9	転入
	5	市内住所変更	10	転出 年 月 日
手帳の様式		更新記入・発行希望（紙）・発行希望（カード）	写真の提出	有・無

あてはまる項目に○印をつけてください。

申請年月日	令和 年 月 日	既存手帳番号										
(障害者申請者本人)	フリガナ (氏)	(名)	生年月日 大正・昭和 年 月 日 平成・令和									
	住所	(〒 -) 相模原市 区	電話() -									
	個人番号											
申請者が18歳未満の場合	保護者の氏名	※申請者（障害者本人）と住所が異なる場合に記入 相模原市 区						続柄				
	保護者の住所	相模原市 区						電話()				
申請内容	添付書類	診断書・年金証書等の写し					既存の手帳の有効期限					

提出される方が本人でない場合のみ記入してください。

申請書を提出した者	氏名	本人との続柄									
	住所	※本人と異なる場合に記入 (〒 -)						電話()			

氏名・住所を変更する場合、変更があった箇所のみ記入してください。

変更事項	今までの住所							変更年月日	令和 年 月 日
	今までの氏名	(氏)	(名)						
	今までの保護者名	(氏)	(名)						

----- (以下は、記入しないでください) -----
(窓口使用欄)

診断書での申請の場合自立支援医療同時申請の有無	有・無
本人の個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> その他()
申請書提出者の身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()
	2点 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> () 受給者証 <input type="checkbox"/> その他()
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他()

(センター使用欄)

審査年月日	年 月 日	前回	級	前回比較	審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留	
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留
委員	1級	2級	3級	不承認	保留	委員	1級	2級	3級	不承認	保留
審査年月日	年 月 日				審査結果	1級	2級	3級	不承認	保留	