

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十七年十二月二十八日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第四十九号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和六十三年六月奈良県規則第十九号）の一部を次のように改正する。

第五号様式から第五号様式の三までを次のように改める。

第5号様式(第2条関係)

精神障害者保健福祉手帳
交 付 申 請 書

※市町村名

※受理年月日

奈良県知事 殿

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定により、精神障害者保健福祉手帳の[新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付]を申請します。

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ氏名	(自署又は記名押印)		生年月日	年 月 日 (満 歳)		
	住所	奈良県 電話 ()					
	個人番号						
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載してください。)	フリガナ氏名	本人との続柄 (○印)		父母 兄弟姉妹 祖父母 その他()			
	住所	奈良県 電話 ()					
添付書類 (○印)	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診断書 年金証書等の写し(級) 特別障害給付金受給者資格者証等の写し(級) 既存の手帳の写し 写真 同意書 			既存の手帳の有効期限	年 月 日		
				既存の手帳の手帳番号			
再交付の要否	要 ・ 否	再交付が必要な理由	1 破れ 2 汚れ 3 紛失 4 新たな更新欄がない 5 都道府県間の住所変更 6 その他()				
申請書を出した者	氏名	(自署又は記名押印)		本人との関係	住所	電話 ()	

- (注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」、「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の年金振込(支払)通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証、特別障害給付金支給決定通知書及び直近の国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写し」が必要です。
- 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各種共済組合等に対して年金の障害等級等を照会することがあります。この場合は、同意書が必要です。
- 3 診断書を添付する場合は、市町村受理日の3か月以内に作成した診断書を提出してください。
- 4 新規申請の場合、都道府県間の住所変更及び新たな更新欄がないために再交付が必要な場合、既存の手帳の写真では手帳所持者の特定が困難な場合並びに既存の手帳に写真が貼付されていない場合は、写真(市町村受理日の1年以内に撮影した申請者を特定できる無帽、正面、上3分身、無背景で申請者のみが撮影されているもの。縦4cm、横3cmで裏面に氏名及び市町村名を記載すること。)の添付が必要です。ただし、写真の貼付を特段の理由により希望しない場合は不要です。
- なお、写真の添付をしない場合にあつては、手帳の写真欄に「写真貼付なし」と表示されます。また、受けられるサービスに差異が生じることがあります。
- 5 新規交付申請以外の場合は、現在所持している手帳の写しを添付してください。
- 6 都道府県間の住所変更をしたときは、本申請のほかに、精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届を提出してください。
- 7 新規交付以外の申請の場合にあつては再交付の要否を選択し、再交付が必要な場合にあつてはその理由を記載してください。
- 8 ※の欄は、記載しないでください。

第5号様式の2 (第2条関係)


精神障害者保健福祉手帳
記載事項変更届

※市町村名
※受理年月日

奈良県知事 殿

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の
[氏名・住所] の変更を届け出ます。

届出者 (精神障害者本人)	フリガナ 氏名	<div style="text-align: center;">  (自署又は記名押印) </div>						生年月日	年 月 日			
	住所	奈良県										
	個人番号											
既存の手帳票の有効期限							年 月 日					
既存の手帳の手帳番号												
変更内容		変更前					変更後					
	フリガナ 氏名						上記と同じ					
	住所						上記と同じ					
添付書類	既存の手帳の写し 添付できない理由(例:紛失したため)											
希望始期	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県間の住所変更の場合に記載してください。 市町村処理日前30日以内の日です。 記載がない場合は、市町村受理日を開始日とします。 						年 月 日					

- (注) 1 変更内容は、変更部分だけを記入してください。
 2 手帳の写しを添付してください。手帳の写しが添付できない場合は、その理由を記入してください。紛失等のために手帳の写しを添付できない場合は、再交付します。
 3 都道府県間の住所変更をしたときは、本届書のほかに、精神障害者保健福祉手帳交付申請書を提出してください。
 4 ※の欄は、記入しないでください。

附 則

この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。