

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。

平成二十八年三月三十一日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第七十三号

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

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

※市町村名

※受理年月日

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)	フリガナ名 氏	① (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。)	フリガナ名 氏	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	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	① (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します。そのため、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、縁なしで顔が写真全長の概ね2/3、無背景(陰のないもの)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、この申請のほかに、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 等級判定に係る審査において、診断書の記載内容に不備、疑義等がある場合には、精神保健福祉センターから診断書作成医師等に対して直接照会を行う場合があります。この場合にあつては、診断書作成医師等からの回答を受け、改めて審査を行いますので、判定までに日数を要する場合があります。
- 9 ※の欄は、申請者は記載しないでください。(※の欄は、市町村が記入してください。)

※市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他()
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元(実存)の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他()
<input type="checkbox"/> 代理人の申請の場合にあつては、代理権の確認	1 戸籍謄本(法定代理人の場合) 2 委任状(任意代理人の場合) 3 その他()

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

奈良県精神保健福祉センター所長 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	① (自署又は記名押印)						生年月日	年 月 日
	住所	〒 奈良県						電話 ()	
	個人番号								
既存の手帳の有効期限		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。 市町村受理日前30日以内の日です。 記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。 						年 月 日		

- (注) 1 変更内容は、変更部分だけを記載してください。
 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、その理由を記載してください。紛失等の為に手帳の写しを添付できない場合は、再交付申請も同時にしてください。
 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 氏名変更及び都道府県間の住所変更の場合は、手帳を交付しますので、写真を提出してください。(特段の理由により写真貼付を希望しない場合は除きます。)写真は、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、縁なしで顔が写真全長の概ね2/3、無背景(陰のないもの)で申請者のみ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してください。
 5 太線枠内が未記載の場合は、市町村が記載してください。
 6 ※の欄は、届出者は記載しないでください。(※の欄は、市町村が記入してください。)

※市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他 ()
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元(実存)の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他 ()
<input type="checkbox"/> 代理人の届出の場合にあつては、代理権の確認	1 戸籍謄本(法定代理人の場合) 2 委任状(任意代理人の場合) 3 その他 ()

第十三号様式中「50H」を「33H」に改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十八年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の規定により提出されている申請書等は、この規則による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の規定により提出されたものとみなす。