（様式第１号）

記載要領

精神障害者保健福祉手帳申請書

①手帳の交付を求める本人（申請者）の情報を記入願います

長

※　手帳の交付を求める本人に関する事項

フリガナ		生　年　月　日
氏　　名		年　　月　　日
個人番号		歳
住　　所	〒 電話　　（　　）	
	現住所・別住所　〒	

写真は貼り付けないでください

②手帳の交付を求める本人（申請者）が18歳未満の場合、または、申請者以外が申請書を提出する場合、保護者・提出者の情報を記入願います

区役所・総合支所　受付印

※　保護者（手帳の交付を求める本

フリガナ	
氏　　名	
住　　所	

③申請区分を選択し、チェックしてください
●新規：初めて手帳の交付申請をする方
●更新：既にお持ちの手帳を更新する方
●等級変更：既にお持ちの手帳の等級変更を申請する方
●市外転入：他自治体で発行された手帳をお持ちで、仙台市に転入された方
●記載事項変更：氏名・住所等に変更があった方
●再交付：手帳を紛失・破損し、再交付を希望する方
紙及びカードの様式変更を希望する方

私は、精神保健及び精神障害者
下記の事由により交付を申請します。（当てはま　に☑をしてください。）

☐ 新規　☐ 更新　☐ 等級変更　☐ 市外転入　☐ 記載事項変更　※変更内容を以下に記載ください

☐ 再交付　（☐ 紛失　☐ 汚損　☐ 様式変更　☐ その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

④添付書類にチェックしてください

添付書類等	☐ 初診日より６か月以上経過
	☐ 精神障害を支給事由として
	☐ 精神障害を支給事由として
	☐ 前自治体で交付された有効期限内の精　　保健福祉手帳

⑤自立支援医療の同時申請をする場合は、チェックをして自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書を提出してください
（診断書は自立支援医療機関（精神通院）が作成した診断書に限ります）

☐ 自立支援医療を同時に申請します	別途、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書が必要です。 ※障害年金証書等による申請の場合、同時申請できません。
☐ 更新案内の送付を希望しません	次回更新時の案内送付を希望しない方は、☑を記入してください

⑥更新案内の送付を希望しない場合はチェックしてください

希望様式	☐ 紙　　☐ カード	での　　付印

⑦希望様式にチェックしてください

申請者氏名

（提出者氏名：

●申請者氏名
手帳の交付を求める本人の氏名
●提出者氏名
申請者と提出者が異なる場合は提出者氏名を記入いただき、提出者に関する事項を記入ください（②参照）
日付は記入日をご記入ください

◇◇　区役所・総合支所使用欄　◇◇

・現在の手帳	１・２・３　級，紙・カ	申請	・手帳有効期限　～　年　月　日
・手帳有効期限	～　年　月　日		級　→　級
・自立支援医療同時申請	有・無（年金証書に		診断書・障害年金等・転入
・自立支援医療有効期限	～　年　月		
・更新欄余白	有・無・不明		【受付者：　　】【入力者：　　】
・写真の提出	有・無　　枚		
・支援措置	有・無		・様式の変更　有・無

記入不要