

精神障害者保健福祉手帳交付申請書

富山県知事 殿

令和 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉手帳の【 新規交付 ・ 再開交付 ・ 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 】について申請します。

申請者情報欄: フリガナ, 氏名, 住所, 生年月日, 電話番号, 個人番号, 自治体記入 DV支援措置 (有・無), 添付書類 (医師の診断書, 年金証書, 特別障害給付金受給資格者証等の写し), 既存の帳簿 (有効期限, 手帳番号), 自立支援医療 (有効期限, 受給者番号), 家族等の連絡先, 申請書を提出した者

診 断 書

診断書本文: 1 病名 (ICDコード, 身体合併症), 2 初診年月日, 3 発病から現在までの病歴, 4 現在の病状・状態像等 (抑うつ状態, 躁状態, 幻覚妄想状態, 精神運動興奮及び昏迷の状態, 統合失調症等残遺状態, 情動及び行動の障害, 不安及び不穏, てんかん発作等), 5 4の病状・状態像等の具体的程度, 6 現在の治療内容 (1) 投薬内容, (2) 精神療法等, (3) 訪問看護指示の有無

7 生活能力の状態 (1) 現在の生活環境, (2) 日常生活能力の判定, (3) 日常生活能力の程度, 8 7の具体的程度, 状態等, 9 現在の障害福祉等のサービスの利用状況, 10 保健所等訪問指導

11 今後の治療方針

12 備考

自立支援医療(精神通院)診断書「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)

(この欄は、申請者が手帳と同時に自立支援医療費支給認定の申請を行う場合であって、申請者の主たる精神障害が「重度かつ継続」に該当する場合に記入してください。)

1 主たる精神障害 (ICD-10に準じ、該当する番号及び記号を○で囲み、必要事項を記載すること。), 2 医師の略歴 (該当する番号を○で囲むこと。)

上記のとおり診断します。 年 月 日

医療機関所在地, 診療担当科名, 医療機関の名称, 電話番号, 医師氏名

審査結果※, 障害者手帳, 承認 (1級・2級・3級)・不承認・保留, 自立支援医療(精神通院)※, 承認・不承認・保留

備考 1 手帳の新規交付、再開若しくは更新又は障害等級変更を行なうためには、医師による「診断書」への記入又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(払込)通知書の写し若しくは特別障害給付金受給資格者証及び国庫金振込通知書の写し」の添付が必要です。 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、年金事務所等に年金の障害等級を照会する必要があるため、照会についての同意書を提出してください。 3 写真は、申請前1年以内に、脱帽して上半身を撮影したものであること(申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除く。)。 4 ※を付してある欄は、記入しないでください。

(注) 本書式は4枚複写とし、1枚目は県提出、2枚目は厚生センター(保健所)控、3枚目は市町村控、4枚目は申請者控とする。