



障害者手帳申請書

広島県知事 様

令和 年 月 日

私は、次の事項(○印)について申請します。

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

[1 新規交付 2 更 新 3 障害等級変更 4 県外(広島市を含む)からの住所変更による手帳交付]

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ											生年月日	明・大・昭・平・令				
	氏名											年 月 日	年 月 日				
	住所	〒 電話 ()										※上記住所が住民票と異なる場合、住民票上の住所を記載してください。					
個人番号																	
家族の連絡先(申請者が18歳未満の場合記入)	フリガナ											住所	〒				
	氏名											続柄	住所	電話 ()			
添付書類 (○印)	1. 医師の診断書兼意見書 2. 年金証書等の写し(級)・同意書 3. 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書 4. 精神障害者保健福祉手帳の写し(級) 5. 写真 1枚 (縦4cm×横3cm) ・1年以内に撮影した写真(脱帽して上半身を写したもの) ・裏面に、市町名、氏名、生年月日及び手帳番号(手帳所持者のみ)を記載。																
既存の手帳	有効期限	平成・令和	年	月	日	まで	手帳番号										
自立支援医療	有効期限	令和	年	月	日	まで	受給者番号										
申請書を提出した者	氏名											本人との関係	住所	〒			
													住所	電話 ()			

手帳交付決定通知書等の送付先(○印)	1 申請者	2 家族	3 申請書提出者	4 医療機関等
送付の宛先及び送付先住所 (送付先が申請者又は申請書提出者以外の場合)	氏名: 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, 「医師の診断書兼意見書」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(支払)通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証(特別障害者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. 個人番号及び身元を確認できるものが必要です。(個人番号カード, 通知カード+運転免許証又は精神障害者保健福祉手帳等, 公的機関が発行した顔写真入りの書類等)
 3. 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共済組合等に対し, 年金の障害等級を照会することがあります。

障害年金の等級、障害の種別及び受給中の有無を年金事務所又は共済組合等に照会することの同意書

(申請書に年金証書の写し等の添付を省略する場合)

申請書に個人番号の記載があれば、個人番号により確認できる情報によって手帳の認定を行いますので、申請書に年金証書の写し等の資料の添付を省略できます。省略する場合は、情報照会先等の把握のため次の1～2を記載してください。

1. 現在受給されている障害年金を支給している機関を、以下から○で囲んでください。
 1. 日本年金機構
 2. 国家公務員共済組合連合会
 3. 地方職員共済組合
 4. 地方職員共済組合団体共済部
 5. 公立学校共済組合
 6. 警察共済組合
 7. 東京都職員共済組合
 8. 全国市町村職員共済組合連合会
 9. 日本私立学校振興・共済事業団

2. 現在の障害年金は、いつから受給されていますか。

昭和・平成・令和 年 月

(同意書)

個人番号によって情報が確認できない場合には、年金を支給している機関へ障害種別、障害等級、具体的傷病名を文書により照会しますので、次の同意書の記載をお願いします。

なお、文書による照会によっても障害等級の認定ができない場合には、追加の資料の提出をお願いすることがあります。

同意書

精神保健福祉法第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付を受けるにあたり、障害種別、障害等級、具体的傷病名について、年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意します。

年 月 日

申請者(本人)氏名

生年月日

年 月

住 所

印
日

(同意書を提出した方が申請者(本人)でない場合は、以下も記入してください。)

氏 名

住 所

(続柄:

印
)

広島県知事 様

(照会者 広島県立総合精神保健福祉センター所長)

※市町収受印

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

広島県知事様

令和 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の届出・申請をします。

1. [①県内(広島市を除く)における住所変更, ②氏名の変更(フリガナ)]の届出

(変更内容)

旧	(〒 -)
新	(〒 -)

※氏名の変更の場合は、フリガナを記入

2. [①汚れ , ②破り , ③紛失] したための再交付の申請

3. 写真の添付 [有 ・ 無]
(再発行の場合)

申請者 氏名

住所

生年月日

現行の手帳番号

--	--	--	--	--	--	--	--

(注) 1. 県外(広島市を含む)からの住所変更の場合は、手帳交付の申請書を提出してください。

2. 本人確認ができるものがが必要です。(個人番号カード, 通知カード, 運転免許証, 旅券, 障害者手帳等公的機関が発行した顔写真入りの書類のうちから1点, 又は, 健康保険証, 年金手帳, その他官公署から発行された書類のうちから2点等)

※市町収受印

障害者手帳返還届

広島県知事様

令和 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の理由（○印）により返還します。

1. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第6条の規定で定める精神障害の状態がなくなったため
2. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者が死亡したため
(死亡年月日 令和 年 月 日)
3. その他の理由

(返還理由)

手帳所持者 氏 名 _____
※返還者と同一の場合は記載不要
生年月日 年 月 日
手帳番号 _____
返 還 者 氏 名 _____
住 所 _____

診断書兼意見書(精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療兼用)

氏名	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日(歳)
住所					
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載してください。ただし、精神症状のないてんかんについてはGコードを使用してください。)	(1) 主たる精神障	_____	ICDコード()		
	(2) 従たる精神障害	_____	ICDコード()		
	(3) 身体合併症 (精神障害の治療又は症状に起因するもの)	_____	身体障害者手帳(有・無、種別)	級)	
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
③ 発病から現在までの病歴、治療の経過及び内容 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載する。)	(推定発病時期 年 月頃)				
	* 器質性精神障害(認知症を除く。)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 年 月 日)				
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲んでください。)					
(1) 抑鬱状態	1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮 3 憂鬱気分 4 その他()				
(2) 躁状態	1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他()				
(3) 幻覚妄想状態	1 幻覚 2 妄想 3 その他()				
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態	1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他()				
(5) 統合失調症等残遺状態	1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他()				
(6) 情動及び行動の障害	1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他()				
(7) 不安及び不穏	1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他()				
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)	1 てんかん発作 発作型(), 頻度(回/月又は 回/年), 最終発作(年 月 日) 2 意識障害 3 その他()				
* 発作型は、次の「イ・ロ・ハ・ニ」で記入してください。頻度は、過去2年間について記入してください。 イ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作					
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等	1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること。) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の場合、その期間 年 月から)				
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害	1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障害() 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()				
(11) 広汎性発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()				
(12) その他()					

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等
(④で○をされた病状等について、生活への影響や支障を詳しく具体的に記載してください。)

[検査所見:検査名, 検査結果, 検査時期] (例えば, 認知症の場合は長谷川式等の検査結果を記載してください。)

⑥ 現在の治療内容(自立支援医療費申請の場合に記載してください。)

- 1 投薬内容
- 2 精神療法等
- 3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑦ 今後の治療方針(自立支援医療費申請の場合に記載してください。)

⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する自立訓練(生活訓練), 共同生活援助(グループホーム), 居宅介護(ホームヘルプ), その他の障害福祉サービス, 訪問指導, 生活保護の有無等)

⑨ 備考

⑩, ⑪については、手帳の申請を行う場合に記載してください。

⑩ 生活能力の状態(保護的環境ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。)

1 現在の生活環境

入院・入所(施設名)
・在宅(ア単身・イ家族等同居)・その他()

2 日常生活能力の判定(該当する箇所○をしてください。)

	できる	できるが 援助が必要	援助があれば できる	できない
(1)適切な食事摂取	自発的に	自発的に		
(2)身の清潔保持, 規則正しい生活	自発的に	自発的に		
(3)金銭管理と買物	適切に	おおむね		
(4)通院と服薬(要・不要)	適切に	おおむね		
(5)他人との意思伝達・対人関係	適切に	おおむね		
(6)身の安全保持・危機対応	適切に	おおむね		
(7)社会的手続や公共施設の利用	適切に	おおむね		
(8)趣味・娯楽への関心, 文化的 社会的活動への参加	適切に	おおむね		

3 日常生活能力の程度

(該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。)

- (1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。
- (2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
- (3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
- (4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
- (5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑪ ⑩の具体的程度、状態(就学、就労状況を含む。)等

⑫ 自立支援医療費の意見書において、主たる精神障害のICDコードを「F00～F39, G40」以外と診断された医師にお聞きします。

(精神保健指定医の場合は(1)に○をしてください。その他の場合は、()内に3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう略歴の記載をお願いします。)

(1) 精神保健指定医である。 (2) その他 []

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関の名称
医療機関所在地
電話番号

診療担当科名
医師氏名