

福岡県精神科病院協会長 殿

福岡県保健医療介護部健康増進課
こころの健康づくり推進室長
(精神保健班)

番号制度導入に伴う精神障害者保健福祉手帳申請書への
個人番号の記載について (通知)

本県の精神保健行政の推進につきましては、日ごろから格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度「行政手続における特定個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」(平成27年厚生労働省令第150号)の施行に伴い、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則(昭和25年厚生省令第31号)」及び「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について(平成7年9月12日健医発第1132号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)」の一部改正が行われ、平成28年1月1日から、精神障害者保健福祉手帳申請書等に個人番号の記入が必要になったことから、様式を変更しましたので通知します。

なお、福岡県医師会、福岡県精神神経科診療所協会、政令市を除く精神科病院・精神科診療所については、別に通知しています。

- 1 申請書の変更内容
 - ・ 障害者手帳申請書に個人番号記載欄を追加 (別紙1)
 - ・ 障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書に個人番号記載欄を追加 (別紙2)
- 2 新しい申請書が届くまでの対応
現在の申請書様式に、個人番号を記載すること (別紙3)

福岡県保健医療介護部健康増進課
こころの健康づくり推進室
精神保健班 ト部 (うらべ)
TEL: 092-643-3265
FAX: 092-643-3271

障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

平成 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. 都道府県間の住所変更による交付 〕

（申請項目の番号を○印で囲んでください。）

| | | | | | | |
|--------------|---|-----------|---------------------------|---------|-------|---------|
| 精神障害者本人 | フリガナ | | 年齢 | 生 年 月 日 | | |
| | 申請者氏名 ※1 | 印 | 歳 | 明治・大正 | 年 月 日 | |
| | フリガナ | | | 昭和・平成 | | |
| | 申請者住所 | (〒 -) | | 電話番号 | () | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 申請者が18歳未満の場合 | フリガナ | | 申請者（本人）との続柄 | | | |
| | 保護者氏名 | | 父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ） | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 ※2 | | | |
| | 保護者住所 ※2 | (〒 -) | | () | | |
| (○印) 添付書類 | 1. 医師の診断書（手帳用） 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. 写真（縦4 cm×横3 cm） | | | | | |
| 既存手帳の手帳番号 | | 既存手帳の有効期限 | 平成 | 年 | 月 末 日 | 手帳の等級 級 |
| 申請書を提出した者 | フリガナ | | 申請者（本人）との関係 | | | |
| | 氏名 ※1 | 印 | 本人・父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ） | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 ※2 | | | |
| | 住所 ※2 | (〒 -) | | () | | |

※ 1 精神障害者本人の申請者氏名の欄及び申請書を提出した者の氏名の欄は、記名押印（3枚全てに押すこと）または自筆による署名のいずれかとすること。

※ 2 申請者（本人）と異なる場合に記入すること。

(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」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。

(注) 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。

(注) 3 写真（縦4 cm×横3 cm）は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。

受付市町村名

市町村受付印

別紙 2

| | | |
|--------|---|-----|
| ※市町村名 | | |
| ※受理年月日 | 年 | 月 日 |

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

福岡県知事 殿

平成 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都道府県内における住所変更、②都道府県を越える住所変更、③氏名の変更] の届出
(変更内容)

| | |
|---|--|
| 旧 | |
| 新 | |

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失] したため再交付の申請
3 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

申請者 氏 名 印
住 所
個人番号
現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出して下さい。

障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

平成 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. 都道府県間の住所変更による交付 〕

（申請項目の番号を○印で囲んでください。）

| | | | | |
|--------------|-----------------------|--------------|---------------------------|----------------------|
| 精神障害者本人 | フリガナ | 年齢 | 生年月日 | |
| | 申請者氏名 ※1 | 印 | 歳 | 明治・大正 年 月 日 昭和・平成 |
| | フリガナ | 電話番号 | | |
| 申請者住所 | (〒 -) | 個人番号 | 1234 5678 9012 | () |
| | | | | |
| 申請者が18歳未満の場合 | フリガナ | 申請者（本人）との続柄 | | |
| | 保護者氏名 | 父・母・兄弟姉妹・祖父母 | | |
| | フリガナ | (〒 -) | | |
| 添付書類 (○印) | 1. 医師の診断書（手帳用） | | | |
| | 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（ | | | |
| | 4. 写真（縦4cm×横3cm） | | | |
| 既存手帳の手帳番号 | | 既存手帳の有効期限 | 平成 年 月 末日 | 手帳の等級 |
| 申請書を提出した者 | フリガナ | 申請者（本人）との関係 | | |
| | 氏名 ※1 | 印 | 本人・父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ） | |
| | フリガナ | 電話番号 ※2 | | |
| 住所 ※2 | (〒 -) | () | | |

手書きで枠線を引き、12桁の個人番号を記入してください。

*** 1234 5678 9012 ***

※書き方

※印刷された個人番号を写す場合は、この欄に記入してください。

※印刷された個人番号を写す場合は、この欄に記入してください。

※ 1 精神障害者本人の申請者氏名の欄及び申請書を提出した者の氏名の欄は、記名押印（3枚全てに押すこと）または自筆による署名のいずれかとする。

※ 2 申請者（本人）と異なる場合に記入すること。

(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」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。

(注) 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。

(注) 3 写真（縦4cm×横3cm）は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。

受付市町村名

市町村受付印