

## 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の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十七年十二月二十五日

埼玉県知事 上 田 清 司

### 埼玉県規則第八十九号

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（昭和四十二年埼玉県規則第六十二号）の一部を次のように改正する。

様式第三十一号を次のように改める。

精神障害者保健福祉手帳申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する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）について申請します。

申請者本人 (障害者)	フリガナ		生年月日	年 月 日															
	氏名		個人番号																
	住所	電話 ( )																	
家族の連絡先	氏名		続柄																
	住所	電話 ( )																	
既存の医療受給者証	受給者番号		有効期限	年 月 末日															
既存の手帳	手帳番号		有効期限	年 月 末日															
申請書を提出した者	氏名		本人との関係																
	住所	電話 ( )																	

- (注) 1 申請事項については、該当するものを全て○で囲んでください。  
 2 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更について申請を行う場合は、次の(1)から(3)までのいずれかの書類を添付してください（(2)又は(3)の書類を添付した場合は、年金事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級等を照会することがあります。）。  
 (1) 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用）  
 (2) 障害年金に関する次の①及び②の書類  
     ① 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書の写し  
     ② 直近の年金振込（支払）通知書の写し  
 (3) 特別障害給付金に関する次の①及び②の書類  
     ① 特別障害給付金受給資格者証又は特別障害給付金支給決定通知書の写し  
     ② 直近の国庫金振込（送金）通知書の写し  
 3 申請者本人（障害者）欄は、自署又は記名押印してください。  
 4 居住地の市町村に申請してください。  
 5 自立支援医療費（精神通院）支給認定を受けるには、別に申請が必要です。

「氏名（自署又は記名押印）」

様式第三十四号中「氏名（自署又は記名押印）」を個人番号

電話番号

に、「第45条」を「第45条」に改め、「・氏名」の次に「・その他」を加える。

「氏名（自署又は記名押印）」

様式第三十五号中「氏名（自署又は記名押印）」を個人番号

電話番号

に改める。

#### 附 則

- 1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- 2 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に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。