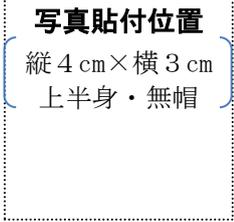


※のり付けせず、裏向きで
テープで貼ってください



兵庫県知事様

※受理機関名	明石市障害福祉課	受理年月日 年 月 日
※精神保健福祉センター収受年月日		年 月 日

障害等級変更申請書

年 月 日

申請者 住所.....
氏名.....

次の障害等級を変更したいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第9条第1項の規定により申請します。

精神障害者	フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	氏名		月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	〒 明石市			
	電話	() -	個人番号		
	電子メール				
精神障害者を 監護する者 (申請者が18歳 未満の場合)	氏名		精神障害者との続柄		
	住所	〒			
	電話	() -	電子メール		
手帳番号	第 号	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	障害等級	級
自立支援医療（精神通院医療） 受給者番号		自立支援医療（精神通院医療） 受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
備考	申請書提出者 氏名..... 電話..... 提出者が本人でない場合、続柄 ()				

- (注) 1 「障害等級」の欄は、精神障害者保健福祉手帳に記載されている障害等級を記入すること。
 2 医師の診断書又は精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写しを添付すること。なお、精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写しを添付して行う申請の場合は、障害等級の判定のため、年金事務所等に照会する場合があります。
 3 正面上半身を無帽で撮影した縦4センチメートル及び横3センチメートルの写真で、申請日の前1年以内に撮影したものを添付すること。(例外：医療上又は宗教上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆っている写真は可)
 4 ※印の欄は、記入しないこと。