

※市町村名
※受理年月日 年 月 日

## 障害者手帳申請書

長野県知事 様

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  
 [ 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 ]  
 (申請項目を○で囲んでください)

申請者 (障害者本人) (自筆又は 記名捺印)	フリガナ 氏名	印	性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	電話 ( )				
家族の連絡先 (申請者が18歳 未満の場合記入)	フリガナ 氏名	本人との続柄(○印)	父 母 兄弟姉妹 祖父母 その他( )			
	住所	電話 ( )				
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( 級)・同意書 ④ 写真(縦4cm×横3cm 裏面に申請者氏名記入)					
既存の手帳	※有効期限	平成 年 月 末日	※手帳番号			
申請書を提出した者	氏名		本人との関係		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」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。
- 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社会保険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。
- 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。
- 4 ※の欄は市町村で記入してください。

この申請に伴って収集する個人情報は、精神障害者保健福祉手帳の作成交付のために利用します。
--

# 診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

(様式2)

氏名		明治 大正 昭和 平成	年 月 日生( 歳)	男 · 女
住所				
① 病名 (ICDカテゴリーは、F0～F9のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー( ) (2) 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー( ) (3) 身体合併症 _____	※主たる精神障害が自立支援医療の「重度かつ継続 ⑥その他」に該当する場合は、⑦備考欄に「医師の略歴」を記入すること。		
② 発病から現在までの病歴(推定発病年月、精神科受診歴等)及び治療の経過	(精神科初診日 年 月 日 医療機関名 )			
③ 現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んで下さい。)		④ ③の病状・状態像等の、具体的程度、症状等		
(1) 抑うつ状態 1思考・運動抑制   2刺激性、興奮   3憂うつ気分   4その他 ( ) (2) 躁状態 1行為心迫   2多弁   3感情高揚・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感情鈍麻   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その他 ( ) (8) 痙れん及び意識障害 1痙れん   2意識障害   3その他 ( ) (9) 精神作用物質の乱用及び依存 1アルコール   2覚せい剤   3有機溶剤   4その他 ( ) (10) 知能障害 1知的障害(精神遅滞)   ア軽度   イ中等度   ウ重度   2認知症				
⑤ 生活能力の状態 (保護的環境でなく、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定して下さい。)				
1、現在の生活環境 入院・入所(施設名 _____)、在宅・その他 _____ 2、日常生活能力の判定 (該当するもの一つを○で囲んで下さい。) (1)適切な食事摂取 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない (2)身の清潔保持 自発的にできる・自発的にできるが援助が必要・援助があればできる・できない (3)金銭管理と買物 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (4)通院と服薬(要・不要) 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (5)他人との意思伝達・対人関係 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (6)身の安全保持・危機対応 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (7)社会的手続や公共施設の利用 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 適切にできる・概ねできるが援助が必要・援助があればできる・できない		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○で囲んで下さい。) (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、身のまわりのことはほとんどできない。		
⑥ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況(障害者自立支援法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)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、小規模作業所、訪問指導等)				
⑦ 備考	医師の略歴(精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載すること。)			
上記のとおり、診断します。		平成 年 月 日		
医療機関の名称 医療機関所在地 電話番号 診療科担当科名 医師氏名(自署又は記名捺印)		印		