

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25年3月22日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第10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63年香川県規則第36号）の一部を次のように改正する。  
 次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前																																																																																																																													
第30号様式（第27条関係）	第30号様式（第27条関係）																																																																																																																													
<table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr><td>受付市町名</td><td></td></tr> <tr><td>受付年月日</td><td></td></tr> </table>	受付市町名		受付年月日		<table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr><td>受付市町名</td><td></td></tr> <tr><td>受付年月日</td><td></td></tr> </table>	受付市町名		受付年月日																																																																																																																						
受付市町名																																																																																																																														
受付年月日																																																																																																																														
受付市町名																																																																																																																														
受付年月日																																																																																																																														
<p>障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>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交付等を申請します。</p>	<p>障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏 名 ④</p> <p>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交付等を申請します（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）。</p>																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">申請の区分</td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> 新規交付    <input type="checkbox"/> 障害等級変更  <input type="checkbox"/> 更新    <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更                 </td> </tr> <tr> <td>申請者 (精神障害者本人)</td> <td>ふりがな 氏 名</td> <td>④ 性別</td> <td>男・女</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5">住所</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5" style="text-align: center;">電話番号 ( )</td> </tr> <tr> <td>保護者の連絡先</td> <td>氏 名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>住所</td> <td>電話番号 ( )</td> </tr> <tr> <td>添付書類</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用）  <input type="checkbox"/> 障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し並びに同意書  <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書  <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの）  <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳                 </td> </tr> <tr> <td>既存の自立支援医療受給者証</td> <td>有効期間</td> <td colspan="4">年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>自立支援医療費受給者番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>既存の精神障害者保健福祉手帳</td> <td>有効期限</td> <td colspan="4">年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>手帳番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>申請書を提出した者</td> <td>氏 名</td> <td>④ 本人との関係</td> <td></td> <td>住所</td> <td>電話番号 ( )</td> </tr> </table>	申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更				申請者 (精神障害者本人)	ふりがな 氏 名	④ 性別	男・女	生年月日	年 月 日		住所						電話番号 ( )					保護者の連絡先	氏 名	続柄		住所	電話番号 ( )	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳					既存の自立支援医療受給者証	有効期間	年 月 日					自立支援医療費受給者番号					既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日					手帳番号					申請書を提出した者	氏 名	④ 本人との関係		住所	電話番号 ( )	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">障 害 者</td> <td>ふりがな 氏 名</td> <td>性別</td> <td>男・女</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5">住所</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="5" style="text-align: center;">電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>保護者の連絡先</td> <td>氏 名</td> <td>続柄</td> <td></td> <td>住所</td> <td>電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>添付書類 (○ 印)</td> <td colspan="5">                     ・写真（縦4cm×横3cm）                      ・医師の診断書（手帳用）                      ・障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し、同意書                      ・特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写し、同意書                      ・精神障害者保健福祉手帳の写し（ 級）                 </td> </tr> <tr> <td>既存の自立支援医療受給者証</td> <td>有効期間</td> <td colspan="4">年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>自立支援医療費受給者番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>既存の精神障害者保健福祉手帳</td> <td>有効期限</td> <td colspan="4">年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>手帳番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>申請書を提出した者</td> <td>氏 名</td> <td>④ 本人との関係</td> <td></td> <td>住所</td> <td>電話 ( )</td> </tr> </table>	障 害 者	ふりがな 氏 名	性別	男・女	生年月日	年 月 日		住所						電話 ( )					保護者の連絡先	氏 名	続柄		住所	電話 ( )	添付書類 (○ 印)	・写真（縦4cm×横3cm） ・医師の診断書（手帳用） ・障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し、同意書 ・特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写し、同意書 ・精神障害者保健福祉手帳の写し（ 級）					既存の自立支援医療受給者証	有効期間	年 月 日					自立支援医療費受給者番号					既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日					手帳番号					申請書を提出した者	氏 名	④ 本人との関係		住所	電話 ( )
申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更																																																																																																																													
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな 氏 名	④ 性別	男・女	生年月日	年 月 日																																																																																																																									
	住所																																																																																																																													
	電話番号 ( )																																																																																																																													
保護者の連絡先	氏 名	続柄		住所	電話番号 ( )																																																																																																																									
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳																																																																																																																													
既存の自立支援医療受給者証	有効期間	年 月 日																																																																																																																												
	自立支援医療費受給者番号																																																																																																																													
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日																																																																																																																												
	手帳番号																																																																																																																													
申請書を提出した者	氏 名	④ 本人との関係		住所	電話番号 ( )																																																																																																																									
障 害 者	ふりがな 氏 名	性別	男・女	生年月日	年 月 日																																																																																																																									
	住所																																																																																																																													
	電話 ( )																																																																																																																													
保護者の連絡先	氏 名	続柄		住所	電話 ( )																																																																																																																									
添付書類 (○ 印)	・写真（縦4cm×横3cm） ・医師の診断書（手帳用） ・障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し、同意書 ・特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写し、同意書 ・精神障害者保健福祉手帳の写し（ 級）																																																																																																																													
既存の自立支援医療受給者証	有効期間	年 月 日																																																																																																																												
	自立支援医療費受給者番号																																																																																																																													
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日																																																																																																																												
	手帳番号																																																																																																																													
申請書を提出した者	氏 名	④ 本人との関係		住所	電話 ( )																																																																																																																									
<p>(注)</p> <p>1 □については、該当するものに「✓」を記入すること。</p> <p>2 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。</p> <p>3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。</p>	<p>(注)</p> <p>1 精神障害者保健福祉手帳の交付、更新又は障害等級変更を申請する場合は、「写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4cm×横4cmのもの）」及び「医師の診断書」、「障害年金の年金証書、年金決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及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写し」を添付すること。</p> <p>2 障害年金の年金証書の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しを添付して申請する場合は、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。</p> <p>3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。</p>																																																																																																																													

別紙

同 意 書

香川県知事 殿

私（申請者）は、精神障害者保健福祉手帳の交付等の申請に当たり、私の障害等級の判定のため、香川県の職員が、年金事務所又は各共済組合等に対し、私が受給している障害年金又は特別障害給付金に係る障害の種別、障害等級、受給状況等について照会することに同意します。

年 月 日

申請者 氏 名  
住 所

㊞

第31号様式（第27条、第30条関係）

診 断 書（精神障害者保健福祉手帳用）

略
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居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
略

第31号様式（第27条、第30条関係）

診 断 書（精神障害者保健福祉手帳用）

略
8 現在の障害福祉サービス等の利用状況（障害者自立支援法に規定する居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導、生活保護等） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
略

附 則

- 1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。
- 2 改正前の第30号様式及び第31号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。