

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27年12月28日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第77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 style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">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>								
申請の区分	申請の区分								
<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更								
申請者 (精神障害者本人)	申請者 (精神障害者本人)								
① 氏名 ② 生年月日 ③ 年 月 日	① 氏名 ② 生年月日 ③ 年 月 日								
住所	住所								
電話番号 ()	電話番号 ()								
個人番号									
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)								
④ 氏名 ⑤ 続柄 ⑥ 住所 ⑦ 電話番号 ()	④ 氏名 ⑤ 続柄 ⑥ 住所 ⑦ 電話番号 ()								
添付書類	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、年金裁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	<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、年金裁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	既存の自立支援医療受給者証								
有効期間	有効期間								
年 月 日	年 月 日								
自立支援医療費受給者番号	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	既存の精神障害者保健福祉手帳								
有効期限	有効期限								
年 月 日	年 月 日								
手帳番号	手帳番号								
申請書を提出した者	申請書を提出した者								
氏名 ⑧ 本人との関係	氏名 ⑧ 本人との関係								
住所	住所								
電話番号 ()	電話番号 ()								

(注)
 1 □については、該当するものに「レ」を記入すること。
 2 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。
 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。

別紙 略

(注)
 1 □については、該当するものに「レ」を記入すること。
 2 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。
 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。

別紙 略

第32号様式（第28条関係）

受付市町名		
受付年月日		
障害者手帳記載事項変更届		
年 月 日		
香川県知事 殿		
届出者 住所		
氏 名 ㊟		
個人		
番号		
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条第2項第4項の規定により、次のとおり届け出ます。		
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号		
変更事項	住 所	氏 名
変 更 前		
変 更 後		

(注) 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。

第32号様式（第28条関係）

受付市町名		
受付年月日		
障害者手帳記載事項変更届		
年 月 日		
香川県知事 殿		
届出者 住所		
氏 名 ㊟		
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条第2項第4項の規定により、次のとおり届け出ます。		
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号		
変更事項	住 所	氏 名
変 更 前		
変 更 後		

(注) 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。

第33号様式（第29条関係）

受付市町名		
受付年月日		
障害者手帳再交付申請書		
年 月 日		
香川県知事 殿		
申請者 住 所		
氏 名 ⑩		
個人		
番 号		
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。		
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号		
再交付を申請する理由	<p style="text-align: center;">いずれか該当するものに○印をしてください。</p> <p>1 紛失</p> <p>2 破損</p> <p>3 汚損</p> <p>4 その他 (_____)</p>	

(注) 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。

第33号様式（第29条関係）

受付市町名		
受付年月日		
障害者手帳再交付申請書		
年 月 日		
香川県知事 殿		
申請者 住 所		
氏 名 ⑩		
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。		
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号		
再交付を申請する理由		

(注) 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。

附 則

- この規則は、平成28年1月1日から施行する。
- この規則の施行の際現に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（以下「改正前の規則」という。）の規定により提出されている書類は、改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の相当規定により提出されている書類とみなす。
- 改正前の規則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。