

# 精神障害者保健福祉手帳

(R7.5)

## I. 趣 旨

精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）は、一定の精神障害の状態にあることを認定して交付することにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

これは、身体障害者については身体障害者手帳が、知的障害者については療育手帳があり、様々な福祉的な配慮が行われていることにかんがみ、平成5年に障害者基本法が成立して精神障害者が障害者として明確に位置づけられたことを契機に、平成7年に「精神保健法」が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「法」という。）」に改められ、同法第45条により、手帳制度を創設することとしたものである。

## II. 手帳の対象者

精神疾患を有する者（法第5条の定義による精神障害者）のうち、精神障害のため長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある者（障害者基本法の障害者）が対象である。ただし、知的障害は含まれない。

## III. 障害等級

精神疾患（機能障害）の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に判定を行う。

重度から1級、2級、3級の3等級。

1級－精神障害であって日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級－精神障害であって日常生活が著しい制限を受けるか、又は著しい制限を加えることを必要とする程度のもの

3級－精神障害であって日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

## IV. 交付手続

### 1. 概説

#### □交付主体

熊本県知事（熊本市長）が交付

#### □申請の基本

①申請主義であり、精神障害者本人の申請に基づいて行う。

ただし、家族や医療機関職員等が申請手続きを代行することは差し支えない。

※成年後見人が代行する場合には、登記事項証明書を提出させる。

※令和3年1月より押印省略が可能となり、申請書、及び年金照会に関する同意書への押

印が不要となる。また、診断書の医師氏名欄の自署又は押印は必須ではなくなる。

②申請窓口は市町村。

③申請書の種類と区分について

| 障害者手帳申請書                                                                                                                         | 障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                        |       |                                                        |  |                                                                                                                                                                |                                                                  |       |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・新規交付</li><li>・更新</li><li>・障害等級変更</li><li>・都道府県間の住所変更による手帳交付</li></ul> <p>※熊本市からの転入も対象</p> | <table><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>・県内における住所変更</li><li>・都道府県間を越える住所変更</li></ul><p>※熊本市からの転入も対象</p></td><td rowspan="2">} 変更届</td></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>・氏名の変更</li></ul></td></tr><tr><td></td><td><table><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>・汚れ、破り、紛失、更新欄の満了</li></ul></td><td rowspan="2">} 再交付</td></tr><tr><td><p>等を理由とする再交付</p></td></tr></table></td></tr></table> | <ul style="list-style-type: none"><li>・県内における住所変更</li><li>・都道府県間を越える住所変更</li></ul> <p>※熊本市からの転入も対象</p> | } 変更届 | <ul style="list-style-type: none"><li>・氏名の変更</li></ul> |  | <table><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>・汚れ、破り、紛失、更新欄の満了</li></ul></td><td rowspan="2">} 再交付</td></tr><tr><td><p>等を理由とする再交付</p></td></tr></table> | <ul style="list-style-type: none"><li>・汚れ、破り、紛失、更新欄の満了</li></ul> | } 再交付 | <p>等を理由とする再交付</p> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・県内における住所変更</li><li>・都道府県間を越える住所変更</li></ul> <p>※熊本市からの転入も対象</p>                           | } 変更届                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |       |                                                        |  |                                                                                                                                                                |                                                                  |       |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・氏名の変更</li></ul>                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |       |                                                        |  |                                                                                                                                                                |                                                                  |       |                   |
|                                                                                                                                  | <table><tr><td><ul style="list-style-type: none"><li>・汚れ、破り、紛失、更新欄の満了</li></ul></td><td rowspan="2">} 再交付</td></tr><tr><td><p>等を理由とする再交付</p></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>・汚れ、破り、紛失、更新欄の満了</li></ul>                                       | } 再交付 | <p>等を理由とする再交付</p>                                      |  |                                                                                                                                                                |                                                                  |       |                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・汚れ、破り、紛失、更新欄の満了</li></ul>                                                                 | } 再交付                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |       |                                                        |  |                                                                                                                                                                |                                                                  |       |                   |
| <p>等を理由とする再交付</p>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |       |                                                        |  |                                                                                                                                                                |                                                                  |       |                   |

④個人番号の記載について

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」の施行により、次の申請書等に、申請者の個人番号を記載しなければならない。

- ・障害者手帳申請書  
申請者（精神障害者本人）の個人番号
- ・障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書  
届出・申請者の個人番号

⑤障害者手帳申請書の添付書類について

新規交付・更新・障害等級変更の申請を行う場合には、障害者手帳申請書に次のAかBいずれかの書類を揃えて申請を行う。

A) 診断書申請

- ・診断書（精神障害者保健福祉手帳用 A3 版）
- ・顔写真（縦4 cm×横3 cm）※更新申請は除く

\* 診断書は、精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師（てんかん・認知症・高次脳機能障害の場合は精神科・心療内科医以外の医師も可）によるもので、初診日から6か月以上経過した時点のもの

### B) 年金証書申請

- ・ 年金照会に関する同意書
- ・ 顔写真（縦 4 cm × 横 3 cm）※更新申請は除く

※情報連携の結果、再照会が必要な場合、直近の障害年金証書（精神障害を受給事由とする）の写し

注：必ず、種別が「障害」になっているか確認すること

### □判定方法の基本

A) 診断書申請の場合：精神保健福祉センター（判定審査会：原則毎月第 1・3 木曜日）において判定。

⇒精神保健福祉法施行令第 6 条に定める精神障害の状態にあると認めた場合に交付。

B) 年金証書申請の場合：同センターの判定を要せず、日本年金機構等に照会のうえ交付。

⇒手帳の等級は、年金 1 級→手帳 1 級、年金 2 級→手帳 2 級、年金 3 級→手帳 3 級

ただし、日本年金機構等への照会の結果、障害種別が、精神障害のほかに、知的障害、身体障害がある場合には、この限りではない。この場合には、精神障害者保健福祉手帳用診断書により判定する。

### □交付までの所要日数

A（診断書申請）の場合：市町村受理から約 1 か月を目安。

B（年金証書申請）の場合：市町村受理から約 1 か月を目安。ただし、再照会が必要な場合、照会に時間を要するため、照会先が年金機構の場合は市町村受理から約 2 ヶ月半、共済組合の場合は約 2 か月を目安。ただし、照会の結果により、まだかかる場合がある。

### □手帳の様式

手帳の様式は、施行規則第 25 条別記様式第 3 号に定められており、記載事項は、氏名、住所、生年月日、障害等級、手帳番号、交付日、有効期限となっている。医療機関名や、疾患名の記載はない。

## 2. 新規交付申請

- (1) 申請手続き } いずれも  
(2) 申請書類 } 『申請の基本』どおり。

「障害者手帳申請書」に申請の基本⑤のA・Bのいずれかの書類を添付。

### (3) 有効期間

交付日：市町村が申請書を受理した日。

有効期限：交付日から2年を経過する日の属する月の末日。

例) R7.5.21 に市町村で申請書を受理した場合の有効期限は、添付書類がA・Bどちらの場合でも2年後のR9.5.31。

### (4) 受付方法（市町村受付）

- ①申請書の内容点検。 ※いずれの申請時にも適用

#### 【注意】

代行受領の場合は、本人受領と同様、必ず申請者控えで確認を。

- ②確認後、申請書に市町村受付印を押印、受理。

- ③申請書1・2(1・2)枚目は市町村から精神保健福祉センターに進達、申請書4(3)枚目は市町村で保管。

※②、③の( )は、4枚複写で申請があった場合の進達について記載。

### (5) 手帳の交付

・市町村が県から手帳を受理後、申請者に交付。交付の際、申請時に申請者へ渡してある「申請者控」で、必ず受領者を確認してから交付する。

・非該当となった者については、県知事名の非該当通知書を渡す。(法第45条第3項)

(年金証書申請により非該当となった申請者に対しては、診断書での申請ができる旨市町村より伝える。ただし、必ず等級が認められるとは限らないので説明時注意を要する。)

※更新申請及び等級変更申請のいずれの申請時にも適用。

## 3. 更新申請

有効期間の延長を希望する者は、2年ごとに、精神障害の状態であることについて、知事の認定を受けるよう義務づけられている。(法第45条第4項)

更新申請は、有効期限の到来する日の3か月前から可能。(規則第28条第2項)

- (1) 申請手続き } いずれも  
(2) 申請書類 } 『申請の基本』どおり。

「障害者手帳申請書」に申請の基本⑤のA・Bいずれかの書類を添付。申請時の手帳添付は不要。(交付の際に必要。)

### (3) 有効期限

更新前の有効期限の2年後。(有効期限経過後から2年以内の更新申請でも同じ。)

#### (4) 手帳の交付

- ・ 交付の際、申請時に申請者へ交付した「申請者控」で、必ず受領者を確認してから交付する。
- ・ 更新処理が済んだら、申請者に市町村窓口へ旧手帳を持参してもらい、更新後の有効期限を記載、「確認済」印を押印し、交付する。
- ・ 等級変更となった者には、旧手帳と引き換えに変更後の等級が打ち出された新手帳を交付する。
- ・ 非該当となった者については、2 (5) に同じ。

#### 【注意】

市町村が引き換えに受理した手帳は、精神保健福祉センターに送付

#### 非該当の事例

医療機関の未受診期間が6か月を超えている場合には、再受診日から6か月以降の作成日の診断書の提出が必要である。したがって、再受診日から6か月未満の作成日の診断書の場合には、非該当になる。少なくとも、6か月に1回の受診が必要である。

#### <通知文(例)>

主たる精神障害は「統合失調症」と診断され、幻覚等の症状がありますが、医療機関を令和6年2月25日に受診され、その後、令和7年5月9日に医療機関を受診されるまで1年2か月間受診されていません。このことは、長期間の薬物治療下にあるとはいえないため、障害等級の判定ができません。

したがって、あなたが法第45条第2項に規定する「政令で定める精神障害の状態」にあるかどうかの判断ができないため、精神障害者保健福祉手帳を交付できません。

なお、受診再開後6か月经過した後に記載された診断書であれば、等級の判定ができます。また、長期間の薬物治療下の判断については、最低6か月に1回以上の受診、治療の状況により判断しています。

#### 《 精神障害者保健福祉手帳の有効期限及び更新手続きについて(詳細) 》

##### (1) 手帳の有効期限

手帳の有効期限は2年間。

(精神障害は、軽快したり、重病化するなど症状に変動がある方が多いため、有効期限を設けてある。)

##### (2) 手帳の更新

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、2年ごとに手帳の更新の手続きを行い、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなくてはならない。(法第45条第4項)

- ・ 手帳の更新は、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて改めて認定するものであり、手続きは最初の手帳交付申請と同様。(添付書類は医師の診断書又は年金照会に関する同意書。)
- ・ 更新申請は、手帳に記載された有効期限の到来する日の3月前から行うことができる。(規則第28条第2項)  
なお、有効期限の経過後であっても更新の申請を行うことができる。(実施要領)
- ・ 更新後の有効期限は、更新前の有効期限の2年後の日。(実施要領)

### (3) 有効期限経過後の更新申請の取扱い

#### ① 有効期限経過後、更新申請日が2年経過していない場合

基本は、実施要領の「有効期限の経過後であっても更新の申請を行うことができる。」の規定に基づき、通常の更新申請と同様の取扱いを行う。

#### ② 有効期限から更新申請日が2年以上経過している場合

申請日を交付日とし、交付日から2年が経過する日の属する月の末日を有効期限とした手帳を新たに交付。新規交付申請と同様の取扱いとなる。

※写真提出必須。(写真を未貼付希望ならば不要。)

## 4. 障害等級変更申請（施行令第9条）

- |           |   |                     |
|-----------|---|---------------------|
| (1) 申請手続き | } | いずれも<br>『申請の基本』どおり。 |
| (2) 申請書類  |   |                     |

「障害者手帳申請書」に申請の基本⑤のA・Bいずれかの書類を添付。申請時の手帳添付は不要。(交付の際に必要)

### (3) 有効期間

交付日：旧手帳に表示されていた交付日と同じ。

有効期限：変更決定を行った日（等級変更申請書を市町村が受理した日）から2年が経過する日の属する月の末日（更新申請の場合とは異なる）。

### (4) 手帳の交付

- ・ 交付の際、申請時に申請者へ渡してある「申請者控」で、必ず受領者を確認してから交付する。
- ・ 等級変更が決定した者については、市町村窓口で旧手帳と引き換えに変更後の等級が打ち出された新手帳を交付。
- ・ 等級変更が不承認となった者には、県知事名の不承認通知書を渡す。

## 5. 都道府県間の住所変更による手帳交付申請（熊本市からの転入も含む）

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、他の都道府県の区域に居住地を移したときは、30日以内に、新居住地を管轄する市町村長を経由して、新居住地の都道府県知事にその旨を届けなければならない。（施行令第7条第4項）

（1）申請手続き 『申請の基本』どおり。

（2）申請書類

### ①申請書（以下の2種類必要）

○障害者手帳申請書（新居住地での手帳申請）

○障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書（住所変更の届出）

### ②旧手帳の写し

### ③顔写真（縦4cm×横3cm）

（3）有効期間

交付日及び手帳番号：当県で新たに交付される。

有効期限及び等級：前居住地交付の手帳と同一とする。

（4）手帳の交付

- ・ 交付の際、申請時に申請者へ渡してある「申請者控」で、必ず受領者を確認してから交付する。
- ・ 前居住地交付の手帳と引き換えに、当県発行の新手帳を交付。

### **【注意】**

市町村が引き換えに受理した前居住地交付の手帳は、精神保健福祉センターに送付。

## 6. 記載事項変更届

手帳の交付を受けた者は、氏名を変更した時、又は同一都道府県内で居住地を変更したときは、30日以内に新居住地を管轄する市町村長を経由して都道府県知事に変更届を出すよう義務づけられている。（施行令第7条第2項）

（1）申請手続き・交付

- ・ 市町村窓口で「変更届・再交付申請書」を受理。変更内容が確認できたら、窓口で手帳に変更内容を記載し、「確認済」印を押印の上、交付。
- ・ 市町村は複写1枚目を精神保健福祉センターに送付し、同センターにおいて記載事項の変更をシステム入力する。

※手帳申請書は、更新申請又は等級変更申請（以下「更新申請等」という。）と同時でない限り不要。

※更新申請等と同時の場合は、更新申請等の書類一式の後に記載事項変更届の順になるように並べる。

## **7. 再交付申請**

汚れ、破り、紛失、更新欄満了等の際は、再交付の申請が可能。

### **(1) 申請手続き・交付**

- ・市町村窓口で「変更届・再交付申請書」を受理。申請内容と手帳の状態を確認し、再交付が必要と認められたら、複写1枚目を精神保健福祉センターに進達する。

精神保健福祉センターが再発行を行い、市町村を経由して本人へ交付。

※手帳申請書は、更新申請と同時でない限り不要。

※更新申請と同時の場合は、更新申請の書類一式の後に再交付申請書の順になるように並べる。

※汚れ、破りの場合は、旧手帳と引き換えに交付。

#### **【注意】**

市町村が引き換えに受理した旧手帳は、精神保健福祉センターに送付。

### **(2) 有効期限**

旧手帳の有効期限と同様とする。

## **8. 死亡による手帳の返還**

手帳を交付された者が死亡したときは、届出義務者が手帳に記載された居住地の市町村を通じて都道府県知事へ返還するよう義務づけられている。(施行令第10条の2)

- ・返還された手帳は、返還届に添付して、精神保健福祉センターに進達し、精神保健福祉センターでその者を交付台帳から削除する。また、返還が無くても手帳を交付された者の死亡が判明した場合も同様に削除する。

#### **【注意】**

返還届及び返還された手帳は、精神保健福祉センターに送付。

## **9. 審査請求**

手帳の判定(行政処分)に不服がある場合には、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、熊本県知事に対して審査請求をすることができる。



ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分の日の翌日から起算して1年を経過した場合は、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることはできない。

審査請求の窓口は、県庁障がい者支援課精神保健福祉班(096-333-2234)になる。

## **V. 精神障害者保健福祉手帳に係る支援について**

### **1 重度心身障がい児（者）の医療費の助成**

精神障害者保健福祉手帳1級所持者については、医療機関へ保険適用で受診した場合は、その自己負担額の一部を市町村が助成する。

### **2 税制の優遇措置**

手帳の等級により異なるが、所得税及び住民税の障害者控除（本人、配偶者、扶養親族）、低所得の障害者の住民税の一部非課税、自動車税（軽自動車税）、自動車取得税の非課税等の優遇措置が受けられる。

### **3 生活保護の障害者加算**

手帳の1級または2級の場合においては、生活保護の障害者加算の認定が受けられる。

### **4 公共交通機関の運賃割引や各種施設の利用料割引等**

バス運賃や熊本電気鉄道（電車）運賃の本人半額免除、各県立施設の一部免除等のサービスに加え、市町村独自のサービスが受けられる。

令和7年4月から、JR運賃の精神障がい者割引制度導入。

### **5 障害者枠での雇用（手帳所持者に限る。）**

平成30年4月から、精神障害者も障害者雇用義務の対象となった。

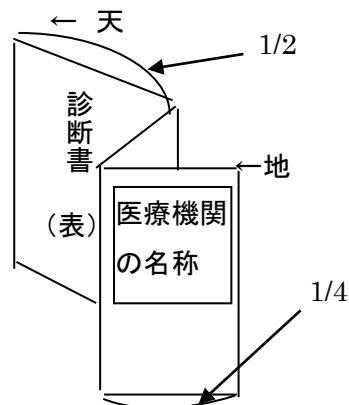
## Ⅵ. 申請書・診断書進達に係るお願い

### □進達チェック表について

市町村は、判定審査会ごとに、障害者手帳の進達チェック表を精神保健福祉センターに提出。チェック表には、新規、更新、再交付申請、変更、その他、返還の件数等を記載。

### □診断書の折り方

診断書は一度半分に折り、さらにもう一度折り、三つ折り状態になるようにし、最終的にA4サイズになるようにしてください。



### □申請書一式の取り扱い

ホチキス、クリップ止めは不要です。

診断書、同意書は原本をお願いします。

### □添付資料のサイズ

A4サイズで統一してください。(診断書様式は原本A3サイズでよい。)

### □添付資料の並べ方

診断書申請の場合は、手帳申請書、診断書(原本1枚)の順に並べてください。

年金証書申請の場合は、手帳申請書の後に、年金照会に関する同意書を並べてください。

### □写真添付について

写真は、縦4cm、横3cmの大きさと、脱帽し、上半身を写したもので、1年以内に撮影したものを添付してください。

※ 写真の裏に住所と氏名を記載してください。

※ 写真は、裏返しして「県入力用」の右下にテープで軽く貼付してください。

なお、記載事項変更届・再交付申請書を同時に提出する場合の写真貼付は、「県入力用」の右下となりますが、記載事項変更届・再交付申請書単独の場合は、その書類の「提出用」の右下に写真を貼付してください。

※ 写真のみ送付する場合には、A4サイズ用の紙に、氏名、送付する理由を記載し、写真を裏返ししてテープで貼付して送付してください。

### □記載事項変更届・再交付申請書

手帳申請書は、更新申請等と同時にない限り不要です。

更新申請等と同時に申請される場合は、更新申請等の書類一式の後に記載事項変更届・再交付申請書の順になるように並べてください。

## Ⅶ. マイナンバー登録事務におけるお願い

### マイナンバー情報総点検について

- ・国（デジタル庁）は、昨年の全国的なマイナンバーの紐付け誤りの発生を踏まえ、マイナンバー情報総点検本部を設置しマイナンバー情報総点検を実施。
- ・紐付け誤り発生の再発防止策として「マイナンバー利用事務におけるマイナンバー登録事務に係る横断的なガイドライン」を策定。
- ・本県では、障害者手帳事務が点検対象となり、紐付け誤りが判明し、修正。
- ・申請書のマイナンバー記載欄に、申請者が家族のマイナンバーを記載している事例、市町村受付の際に、同姓同名や生年月日と同じ別人のマイナンバーが記載されている事例が主な原因。
- ・申請書の受付に際しては、「横断的ガイドライン」を確認いただき、申請書へのマイナンバーの記載を行う。

### 【ガイドラインの主な内容】

- ・本人確認の手段
  - ① 提供されたマイナンバーの真正性の確認（マイナンバーカード、住民票の写し等で確認）
  - ② マイナンバーを提供する者の身元確認（提供した者はその本人に間違いがないか、マイナンバーカード、写真付き身分証明書等で確認）
- ・住基ネット照会  
申請者がマイナンバーを記載しない場合、基本4情報による住基ネット照会を行う。

## **精神障害者保健福祉手帳事務等の変更点について（令和３年～）**

- 1 **Ⅳ 交付手続 申請の基本** 【注意】上 代行申請の場合、代理受領の場合の対応の記述について削除（令和３年より押印省略可能のため）、
- 2 **⑤精神障害者手帳申請書の添付書類について**  
B）年金証書申請について 添付書類の一部省略
- 3 **Ⅵ 申請書・診断書進達に係るお願い** 添付資料サイズ：診断書様式はA３、申請資料の並べ方：診断書原本１枚のみ送付と追記
- 4 **Ⅶ マイナンバー登録事務におけるお願い** 追加
- 5 **診断書（精神障害者保健福祉手帳）** 医療機関の名称及び所在地欄の自署又は記名押印、印を削除

## 精神障害者保健福祉手帳申請に関する書類チェック時の留意事項

| 事 項         | 留 意 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 補 足 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書         | <p>1 申請区分に○印が付してあるか。</p> <p>2 障害等級変更と更新を間違っていないか。</p> <p>3 フリガナの記載があるか。</p> <p>4 個人番号の記載があるか。</p> <p>5 申請者の連絡先（電話番号）の記載があるか。</p> <p>6 添付書類に○印が付してあるか。</p> <p>7 申請書の受付日は診断書作成日から3か月以内のものか。</p>                                                                                                           | <p>1 更新・等級変更の場合、手帳番号及び有効期限が記入してあるか。</p> <p>2 更新申請を誤って障害等級変更で申請した場合、不承認になった際、非該当通知の作成が必要になる。</p> <p>3 システムへ入力する際に必要。</p> <p>5 連絡がつかず、認定処理が長引く場合もある。</p> <p>6 添付書類の紛失等を防ぐため、漏れなく付す。<br/>写真が必要な場合で写真が添付されていないときは、写真拒否又は写真後日送付を記載すること。<br/>更新と同時に手帳再交付の場合は、余白に朱書きで「再交付」と記入。</p> <p>7 障害等級は3か月以内の診断書で認定。</p>                                                                                                                                                   |
| 診断書         | <p>1 診断書作成日は、初診日から6か月を経過した日以後のものか。</p> <p>2 診断書作成日が申請日より前になっているか。</p> <p>3 申請書の名前、住所、生年月日と一致するか。</p> <p>4 医師氏名欄に診断書を作成した医師の氏名の記載があるか。</p>                                                                                                                                                               | <p>1 6か月経過していなければ不可。<br/>「初診日」とはその病状のために初めて診察を受けた日のことであり、その病院に於ける初診日ではない。</p> <p>3 相違しているケースが見受けられる。<br/>生年月日は合っているが、年齢が違うこともある。</p> <p>4 医師の自署又は記名・押印は必須ではない。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 年金照会に関する同意書 | <p>1 申請者（精神障害者本人）が手帳の申請に係る年金照会に同意するものか。</p> <p>2 日付、年金の受給機関の記入漏れはないか。</p> <p>※ 同意書に加えて、年金証書等の写しも提出された場合の対応</p> <p>1 次の事項も確認してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受給中の障害年金の種別は、精神障害を対象とした年金か。</li> <li>・障害年金の等級が、現在の等級より低いのか。</li> </ul> <p>2 同意書の記載内容に誤りがないかを確認し、年金証書等の写しは市町村で保管しておく。</p> | <p>1 申請者（精神障害者本人）が同意していなければ、照会先で受付ができない。</p> <p>2 日付・年金の受給機関の記入が漏れているものが見受けられる。</p> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害以外の事由による障害年金の場合、不承認となる。なお、重複障害の場合は精神障害のみの等級で認定をする（後日センターから市町村へ連絡）。</li> <li>・<u>障害年金の等級が手帳の等級として認定されるため、受付時点で等級が低くなることがわかれば、あらかじめ等級が低くなる旨伝える（事前に了解を得ておく）。</u></li> </ul> <p>2 日本年金機構等へのマイナンバーによる年金照会によっては、等級の判定に必要な情報が得られなかった場合は、年金証書等の写しが必要となる場合がある。その場合、市町村で年金証書等の写しを保管されているときは、その写しを送付する（後日センターから市町村に連絡）。</p> |

・受付日が診断書作成日から3か月以内であるか。

## 障害者手帳申請書

熊本県知事 様

市町村受付年月日

※（印又は記入）

年 月 日

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条第1項の精神障害者保健福祉手帳の

〔1 新規交付 2 更新 3 障害等級変更 4 都道府県間の住所変更による手帳交付〕

申請区分に○が付してあるか

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                          |                     |  |      |                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|------|----------------------------|--|
| 申請者（精神障害者本人）                                                                                                                                                                                                            | フリガナ氏名                                                                                                                   | フリガナの記載、個人番号の記載があるか |  | 生年月日 | 明治 年 月 日<br>大正<br>昭和<br>平成 |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 個人番号                                                                                                                     |                     |  |      |                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 住所                                                                                                                       | 診断書の住所と一致するか。       |  | 電話   | ( )                        |  |
| 家族等の連絡先                                                                                                                                                                                                                 | フリガナ氏名                                                                                                                   | 電話番号の記載があるか。        |  | の    | 父 母 子 配偶者 兄弟姉妹             |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                          |                     |  | (○印) | 祖父母 その他 ( )                |  |
|                                                                                                                                                                                                                         | 住所                                                                                                                       |                     |  | 電話   | ( )                        |  |
| 添付書類（○印）                                                                                                                                                                                                                | ・医師の診断書（手帳用）<br>・年金証書等の写し（ 級）・同意書<br>・特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級）・同意書<br>・写真（縦4センチメートル×横3センチメートル）<br>・県外手帳の写し（ 級）<br>生年月日が正しいか |                     |  |      |                            |  |
| 既存の手帳                                                                                                                                                                                                                   | 有効期限                                                                                                                     | 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 ( )                     |  |
| 備考                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                          |                     |  |      |                            |  |
| 1 手帳の新から(3)まで<br>(1) 医師の<br>(2) 障害4<br>近の振込<br>(3) 特別<br>・添付書類に○印が付してあるか。<br>・再交付の場合は、欄内に「再交付」と赤で記載する。<br>・新規申請や等級変更申請の場合に、申請者本人が写真の提出を拒否しているのか、それとも後日提出するのか分かるように記載すること。<br>書類として、次の(1)<br>通知書）及びその直<br>金）通知書の写し       |                                                                                                                          |                     |  |      |                            |  |
| 2 同意書は、年金証書等の写しを添付して申請する場合に障害等級の判定のために社会保険事故証又は各共済組合等に対し年金の障害等級を照会するためのもので、申請窓口（市（その他）<br>・旧手帳の写しが必要になるのは、県外転入の場合のみである。<br>・年金証書申請の場合は、申請書、同意書の順に書類を並べる。<br>・更新申請または等級変更申請と同時に記載事項変更届・再交付申請書を提出する場合は、更新申請書等の書類一式の後に並べる。 |                                                                                                                          |                     |  |      |                            |  |

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

| 氏 名                                                                                                                                                                     |  | 年 月 日生( )歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 判定                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 1 該当(1級・2級・3級)<br>2 非該当 3 保留 |  |
| 住 所                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 男 ・ 女                        |  |
| ①病名<br>(ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載)                                                                                                                           |  | (1) 主たる精神障害 ICDコード( )<br>(2) 従たる精神障害 ICDコード( ) 療育手帳(有・無、等級等)<br>(3) 身体合併症 身体障害者手帳(有・無、種別 級)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                              |  |
| ②初診年月日                                                                                                                                                                  |  | 主たる精神障害の初診年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 診療録で確認・本人又は家族等の申立て           |  |
|                                                                                                                                                                         |  | 診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 診療録で確認・本人又は家族等の申立て           |  |
| ③発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容等(推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載)                                                                                                                |  | ( 推定発病時期 年 月頃 ・ 不詳 ) 受診頻度：月平均 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                              |  |
|                                                                                                                                                                         |  | *器質性精神障害(認知症を除く。)の場合、発病の原因となった疾患名とその発病日(疾患名 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                              |  |
| ④現在の症状、状態像等(該当する項目を○で囲む。)                                                                                                                                               |  | (8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害)<br>1 てんかん ⑤の※に記載すること 2 意識障害 3 その他( )<br>(9)精神作用物質の乱用及び依存等<br>1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他( )<br>7 乱用 ①依存 ②残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること)<br>③その他( )<br>現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 年 月から)<br>(10)知能・記憶・学習・注意の障害<br>1 知的障害(精神遅滞) ⑦軽度 ④中等度 ⑤重度<br>2 認知症 ⑦軽度 ④中等度 ⑤重度<br>3 その他の記憶障害( )<br>4 学習の困難 ⑦読み ④書き ⑤算数 ③その他( )<br>5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他( )<br>(11)広汎性発達障害関連症状<br>1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害<br>3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他( ) |  |                              |  |
| ⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見等                                                                                                                                              |  | [検査所見：検査名、検査結果、検査時期 ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                              |  |
|                                                                                                                                                                         |  | ※ てんかんの場合、以下について必ず記載すること。<br>(1)発作のタイプ及び発作の頻度 (該当する項目に○をつけて、回数を記入すること。)<br>① 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ( )回/年・月・週<br>② 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ( )回/年・月・週<br>③ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ( )回/年・月・週<br>④ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 ( )回/年・月・週<br>(2)最終発作年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                    |  |                              |  |
| ⑥ 生活能力の状態(保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相当の能力と比較の上で判断する。)                                                                                                                  |  | 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○で囲む。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                              |  |
| 1 現在の生活環境<br>入院・入所(施設名 )・在宅(ア 単身 ・ イ 家族等と同居)・その他( )                                                                                                                     |  | (1)精神障害者保健福祉手帳の申請が、申請書の申請日より前の日になっているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                              |  |
| 2 日常生活能力の判定(該当するもの一つを○で囲む。)                                                                                                                                             |  | (2)精神障害者保健福祉手帳の申請日は、「②初診年月日(主たる精神障害の初診年月日)」から6か月を経過した日以降になっているか。ただし、診察を6か月以上中断した場合はこの限りではない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                              |  |
|                                                                                                                                                                         |  | (3)精神障害者保健福祉手帳の申請日は、診断書作成日から3か月以内になっているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                              |  |
|                                                                                                                                                                         |  | (4)精神障害者保健福祉手帳の申請日は、診断書作成日から3か月以内になっているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                              |  |
|                                                                                                                                                                         |  | (5)精神障害者保健福祉手帳の申請日は、診断書作成日から3か月以内になっているか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                              |  |
| ⑦ ⑥の具体的程度、症状等(生活能力、家事・就労能力等について)                                                                                                                                        |  | ※現在の就労状況等について(該当する項目を○で囲む。)<br>ア 就労移行支援事業・就労継続支援事業(A型・B型)<br>イ 就労中(正社員・パート・アルバイト・自営・その他( ))<br>ウ 家事従事 エ 就学中(学年等)<br>オ 休職中( 年 月 日から) カ 無職                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                              |  |
| ⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況(該当する項目を○で囲む。)<br>ア 自立訓練(生活訓練) ・ イ 共同生活援助(グループホーム) ・<br>ウ 居宅介護(ホームヘルプ) ・ エ その他の障害福祉サービス<br>オ 訪問指導等 ・ カ その他( )                                       |  | 上記のとおり診断します。<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                              |  |
| ⑨ 生活保護の有無 : ( 有 ・ 無 )<br>*過去2年間の入院歴の有無(有・無)有の場合(医療機関名及び入院期間を記載すること。)<br>: 年 月 日～ 年 月 日 : 年 月 日～ 年 月 日<br>: 年 月 日～ 年 月 日 : 年 月 日～ 年 月 日<br>: 年 月 日～ 年 月 日 : 年 月 日～ 年 月 日 |  | 医療機関の名称及び所在地:<br>電話番号:<br>診療担当科名:<br>医師氏名:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                              |  |
| ※自立支援医療(精神通院)と同時に申請する場合は、⑩、⑪及び⑫(⑫については該当する場合のみ)に記入すること。                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                              |  |
| ⑩ 現在の治療内容<br>(1)投 薬 内 容<br>(2)精神療法等:通院精神療法・作業療法・<br>集団療法・デイケア・<br>その他( )<br>(3)訪問看護指示の有無 : ( 有 ・ 無 )                                                                    |  | ⑪ 今後の治療方針<br>・医療機関の名称・所在地・電話番号・診療担当科名の記載はあるか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                              |  |
| ⑫ 医師の略歴(主たる精神障害がICDコードF00～F39、G40以外のものにおいて、「重度かつ継続」に該当すると判断される等、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。)<br>□ 精神保健指定医(指定医番号: )<br>□ 精神科医・その他の医師(精神医療に従事した期間・主な所属)           |  | ※医師氏名欄が自署又は押印は必須ではない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                              |  |