

障害者手帳交付申請書

※市 町 名 _____
 ※受理年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

愛媛県知事

様

年 ____ 月 ____ 日

住所
 申請者 氏名

㊞

申請事項	精神障害者保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 都道府県間の住所変更による手帳交付)										
精神障害者	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	居住地	電話 ()					
保護者	氏名	患者との続柄	住所	電話 ()							
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書等 (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 (級)) <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) <input type="checkbox"/> 写真 (縦4センチメートル×横3センチメートル)										
交付を受けている手帳・受給者証の有効期限	年 月 日	交付を受けている手帳の手帳番号							自立支援医療費の受給者番号		
申請書を提出した者	氏名	㊞	患者との関係	住所	電話 ()						

様式第22号 (第27条、様式第21号の2関係) **診断書 (精神障害者保健福祉手帳用)**

①病名(ICDカテゴリーは、F0～F9又はG40のいずれかを記載してください。)	(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 _____

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)	
------------------------------	--

③現在の病状、状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)	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) けいれん及び意識障害 1 けいれん 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ください。)	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 (平成17年法律第123号) 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
1 現在の生活環境 (該当するものを○で囲んでください。) 入院・入所 (施設名 _____) ・在宅・その他 () 2 日常生活能力の判定 (それぞれ該当するものを○で囲んでください。) (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) 身辺の清潔保持 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・おおむ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・おおむ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・おおむねできるが援助が必要・援助があればできる・できない (6) 身辺の安全保持・危機対応 適切にできる・おおむ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・おおむ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・おおむ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 (該当するもの一つを○で囲んでください。) (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、身の回りのことはほとんどできない。	

年 月 日	病院又は診療所の名称 所在地 電話番号	診療担当科名 医師氏名	㊞
-------	---------------------------	----------------	---

注意 1 ※印の箇所は、記入しないでください。
 2 記名押印に代えて署名することができます。
 3 □のある欄は、該当する□の中にし印を付してください。
 4 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請をする場合は、診断書 (精神障害者保健福祉手帳用) (様式第22号) 又は年金証書等の写し及び写真 (縦4センチメートル×横3センチメートル、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) を添付してください。