参考資料７

精神障害者保健福祉手帳の様式

備　考

1. 医療や生活などのことで相談したいときや、市町村役場、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所などにご相談ください。
2. 住所や氏名が変わったときは、変更届を出してください。
3. この手帳を万一なくしたりしたときは、再交付を申請してください。
4. この手帳は、他人に譲ったり、貸したりすることはできません。
5. 更新の申請は、有効期限の３カ月前から市町村役場で行なうことができます。

障　害　者　手　帳

都道府県（指定都市）名

氏名

住所

生年月日　　性別

障害等級

障害等級

手帳番号　　号

通院医療費受給者番号　　号

交付日　　年　月　日

有効期限　　年　月　日

（更新）

（更新）

（更新）

（更新）

都道府県(指定都市)名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳

（注意）縦9cm×横6cmを標準とすること。