精神障害者保健福祉手帳をお持ちの皆さまへ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙・表面）

**新型コロナウイルス感染症対策に係る精神障害者保健福祉手帳の**

**更新手続きの取扱いについて（ご案内）**

　精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」といいます。）の更新手続きについて、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、医師の診断書（以下、「診断書」といいます。）の提出が猶予されます。

**１　対象者**

　　令和２年３月１日から令和３年２月28日までの間に手帳の有効期限を迎える方かつ診断書の提出により更新手続きをされる方

**２　診断書提出の猶予期間**

　　１年（猶予により 更新手続きをされた場合、 １年以内に診断書を提出する必要があります。）

　　　例：更新前の手帳有効期限　令和２年９月30日

　　　　　診断書の提出猶予期限　令和３年９月30日

**３　手続き**

　　更新手続きの際、申請書、お手持ちの手帳等を市町村の窓口に提出してください。

　（新規申請又は等級変更申請は、従来どおり申請時に診断書の添付が必要です。また、年金証書等の写しを添付して申請される方は、手続きに変更はありません。）

**４　注意点**

　・　障がい等級は、現状のまま更新します。

　・　更新申請書や診断書以外の必要書類は提出が必要です。

　・　診断書の提出が猶予期限内に行われなかった場合、お持ちの手帳は失効します。

　・　診断書の提出後、判定の結果、障がい等級が変更となった場合は、新たな手帳を交付します。新たな手帳の有効期間は先に交付した手帳の残期間となります。

　・　自立支援医療費受給者証（精神通院医療）をお持ちの方は、診断書の提出の負担軽減の観点から、自立支援医療（精神通院医療）の【チラシ】もご参照ください。

＜お問い合わせ・ご連絡先＞

・更新手続きに関すること

　市・町・村　　　　　　　　課　　電話　　　-　　　-

・診断書の提出の猶予に関すること

　大阪府こころの健康総合センター　医療審査課　電話　06-6691-2812

様式第4号(第5条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙・裏面）

個人番号

障害者手帳申請書

(居住地の変更の届出書)

　大阪府知事　　　　様

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 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に関して、下記の事項について申請します(届け出ます)。(該当事項に○印)  　(1)　精神障害者保健福祉手帳の交付の申請  　(2)　他の都道府県より居住地を移した旨の届出  　(3)　障害等級の変更の申請  　(4)　精神障害者保健福祉手帳の更新の申請 | 写真  (たて　4cm　よこ　3cm)  　(1)　脱帽・上半身  　(2)　原則として1年以内に撮影したもの  　(3)　写真の裏面にボールペンで氏名を記入してください。  　(4)　写真はのりづけしないでください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (届出者)  障害者本人 | フリガナ | |  | | | 印 | | |  | | 生年月日 | | |  | | | 年 | |  | | | | 月 | |  | | | | 日 | |
| 氏名 | |  | | |
| 住所 | | 大阪府 | | | | | | 電話　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地の変更の届出者のみ記入 | | | 変更前の住所 |  | | | | | 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の連絡先  〔申請者が18歳未満の場合記入〕 | 氏名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | | 住所 | | 電話　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  (○印) | □医師の診断書  □年金証書等の写し(　　　　級)・同意書  □特別障害給付金受給資格者証等の写し(　　級)・同意書  □精神障害者保健福祉手帳の写し | | | | | | 既存の手帳の手帳番号 | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |
| 既存の手帳の有効期限 | | | | | | | | | | |  | |  | 年 |  | |  | | 月 |  |  | | 日 |
| 申請書(届出書)を提出した者 | 氏名 | 印 | | | 本人との関係  (○印) | | □本人  □家族  □医療機関職員(　　　　　　)  □その他(　　　　　　　　　) | | | | | | | | | 住所 | | 電話　　(　　　) | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※1239 |  | 市町村受付印 | 大阪府受付印 |
|  |  |
|  | | |

(注)1　新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「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」又は「特別障害給付金受給資格証」(特別障害者給付金支給決定通知)及び国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写しが必要です。

　　2　年金証書等の写し又は特別障害給付金受給者資格証等の写しによる申請の場合は、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。

　　3　※の欄は記入しないでください。