

精神障害者保健福祉手帳交付申請書

富山県知事 殿

市町村受付印※1	厚生センター・保健所受付印※1
----------	-----------------

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉〔新規交付・再開交付・更新 障害等級変更・〕道府県間の住所変更による手帳交付〕について申請します。

申請者 (本人)	フリガナ											生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名											電話 ()			
	住所											電話 ()			
個人番号											※自治体記入 DV等支援措置(有・無)				
家族の連絡先	氏名						続柄			住所				電話 ()	
添付書類	該当する番号を1つだけ○で囲むこと	1. 医師の診断書(下記のもの) 2. 年金証書等の写し (級) ・ 同意書 3. 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) ・ 同意書					既存の手帳	有効期限	平成 年 月 日			手帳番号			
	該当する番号を○で囲むこと	1. 精神障害者保健福祉手帳の写し 2. 写真(縦4cm×横3cm)					自立支援医療	有効期限	平成 年 月 日			受給者番号			
申請書を提出した者	氏名						本人との関係			住所				電話 ()	

診 断 書

1 病名 (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	(2) 従たる精神障害 ICDコード	(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 診断書作成医療機関の初診年月日 年 月 日
3 発病から現在までの病歴、治療の経過及び内容 (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) * 器質性精神障害(認知症を除く)の場合、発症の原因となった疾患名 (疾患名)、その発病日 (年 月 日)				
4 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲むこと。)	5 4の症状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等				
(1) 抑うつ状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 抑うつ気分 エ 悲観 オ 自殺念慮 カ 日内変動 キ その他 ()	6 現在の治療内容 (1) 投薬内容(薬剤名、用量) (2) 精神療法等(該当する項目を○で囲む) ア 精神療法 (回/月) イ 作業療法 (回/月) ウ 家族療法 (回/月) エ デイケア (回/週) オ その他 () カ なし (3) 訪問看護指示の有無 ア 有 (頻度 回/月) イ 無				
(2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺激性 エ 観念奔逸 オ その他 ()					
(3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ 思考障害 エ 考想化声 オ 連合弛緩 カ その他 ()					
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ カタレプシー オ 反響 カ 無言 キ 常同 ク 衝動 ケ その他 ()					
(5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ 無関心 オ 非疎通 カ 独語 キ 空笑 ク 欠陥 ケ その他 ()					
(6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他 ()					
(7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他 ()					
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 発作型 () 最終発作 (年 月 日) (ア) 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 頻度 (回/年・月) (イ) 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 頻度 (回/年・月) (ウ) 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 頻度 (回/年・月) (エ) 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作 頻度 (回/年・月) イ 意識障害 ウ その他 ()					
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 (アルコール ・ 覚醒剤 ・ 有機溶剤 ・ その他 ()) ア 乱用 イ 依存 ウ 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) エ その他 () 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)					
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 ア 知的障害(精神遅滞) (ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 療育手帳(有・無、等級等) イ 認知症 ウ その他の記憶障害 () エ 学習の困難 (ア) 読み (イ) 書き (ウ) 算数 (エ) その他 () オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他 ()					
(11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ その他 ()					
(12) 器質性精神障害 ア 健忘症候群 イ 人格変化 ウ その他 ()					
(13) 神経衰弱状態 ア 睡眠障害 イ 注意集中困難 ウ 自己不全感 エ 心気 オ 離人 カ 不安 キ 強迫 ク 恐怖 ケ その他 ()					
(14) パーソナリティ障害 ア 妄想性 イ 統合失調質 ウ 非社会性 エ 情緒不安定性 オ 演技性 カ 強迫性 キ 不安性 ク 依存性 ケ その他 ()					
(15) その他 ()					
7 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。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する)	8 7の具体的程度、状態等				
(1) 現在の生活環境 入院・入所(施設名) ・在宅(ア単身・イ家族等と同居) ・その他()	(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○で囲むこと。) ア 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通に行うことができる。 イ 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。 ウ 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。 エ 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。 オ 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんどできない。				
(2) 日常生活能力の判定(次に掲げる項目ごとに該当するものを一つ○で囲むこと。)	9 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○で囲むこと。)				
ア 適切な食事摂取 ・自発的にできる イ 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	(1) 有 ア 自立訓練(生活訓練) イ 共同生活援助(グループホーム) ウ 居宅介護(ホームヘルプ) エ 訪問指導 オ 生活保護 カ その他の障害福祉サービス等()				
イ 身辺の清潔保持、規則正しい生活 ・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) 無				
ウ 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	10 保健所等訪問指導(該当する項目を○で囲むこと。)				
エ 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	(1) 要 (ア 治療中断防止 イ 定期的訪問 ウ デイケア勧奨 エ 就労援助 オ 家族調整 カ その他 ())				
オ 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	(2) 不要				
カ 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					
キ 社会的手続きや公共施設の利用 ・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					
ク 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					

注 本書式は4枚複写とし、1枚目は県提出用、2枚目は厚生センター・保健所(控)用、3枚目は市町村(控)用、4枚目は申請者(控)用とする。

自立支援医療(精神通院)診断書 「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)

この欄は、申請者が手帳と同時に自立支援医療費支給認定の申請を行う場合であって、申請者の主たる精神障害が「重度かつ継続」に該当する場合に記入してください。

1 主たる精神障害(ICD-10に準じ、該当する番号及び記号を○で囲み、必要事項を記載すること。)	(1) F0 : ア. アルツハイマー病型認知症 イ. 血管性認知症 ウ. その他 ()	(4) F3 : ア. 躁病 イ. 躁うつ病 ウ. うつ病 エ. その他 ()
(2) F1 : ア. 依存症候群(使用物質:) イ. その他 ()	(5) てんかん (G40)	(6) その他 (F)
(3) F2 : ア. 統合失調症 イ. その他 ()	※「主たる精神障害」が(6)の場合、「2 医師の略歴」にも記載すること。	
2 医師の略歴(該当する番号を○で囲むこと。)	(1) 精神保健指定医 (2) 精神科の医師:精神医療に従事した経験が3年以上の医 (3) 1)及び(2)以外の医師:精神医療に従事した経験が3年以上の医師	
上記のとおり診断します。	年 月 日	
医療機関所在地	診療担当科名	
名称	医師氏名	
電話番号		
審査結果※1	障害者手帳	承認(1級・2級・3級)・不承認・保留
	自立支援医療(精神通院)	承認・不承認・保留
不承認・保留の理由		

備考
1 手帳の新規交付、再開若しくは更新又は障害等級変更を行なうためには、医師による「診断書」への記入又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(払込)通知書の写し若しくは特別障害給付金受給資格者証及び国庫金振込通知書の写し」の添付が必要です。
2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、年金事務所等に年金の障害等級を照会する必要があるため、照会についての同意書を提出してください。
3 写真は、申請前1年以内に、脱帽して上半身を撮影したものであること(申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除く。)
4 ※1を付してある欄は、記入しないでください。