

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和2年5月19日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第35号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和63年香川県規則第36号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前																																																																																
<p>第30号様式（第27条関係）</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">受付市町名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受付年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <p style="text-align: center;">障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>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の交付等を申請します。</p> </td> </tr> <tr> <td>申請の区分</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更 </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">申請者 (精神障害者本人)</td> <td>ふりがな氏名</td> <td>㊦ 生年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話番号 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>個人番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族等の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)</td> <td>ふりがな氏名</td> <td>続柄 住所 電話番号 ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">添付書類</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（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わかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳 </td> </tr> <tr> <td>既存の自立支援 医療受給者証</td> <td>有効期間</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>自立支援医療費受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">既存の精神障害者保健福祉手帳</td> <td>有効期限</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>手帳番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請書を提出した者</td> <td>氏名</td> <td>㊦ 本人との関係 住所 電話番号 ()</td> </tr> </table> <p>(注)</p> <ol style="list-style-type: none"> □については、該当するものに「L」を記入すること。 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。 	受付市町名			受付年月日			<p style="text-align: center;">障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>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の交付等を申請します。</p>			申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更		申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名	㊦ 生年月日 年 月 日	住所	電話番号 ()		個人番号		家族等の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	ふりがな氏名	続柄 住所 電話番号 ()	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（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わかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳		既存の自立支援 医療受給者証	有効期間	年 月 日		自立支援医療費受給者番号		既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日	手帳番号		申請書を提出した者	氏名	㊦ 本人との関係 住所 電話番号 ()	<p>第30号様式（第27条関係）</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">受付市町名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受付年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <p style="text-align: center;">障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>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の交付等を申請します。</p> </td> </tr> <tr> <td>申請の区分</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更 </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">申請者 (精神障害者本人)</td> <td>ふりがな氏名</td> <td>㊦ 生年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話番号 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>個人番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族等の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)</td> <td>ふりがな氏名</td> <td>続柄 住所 電話番号 ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">添付書類</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（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わかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳 </td> </tr> <tr> <td>既存の自立支援 医療受給者証</td> <td>有効期間</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>自立支援医療費受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">既存の精神障害者保健福祉手帳</td> <td>有効期限</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>手帳番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請書を提出した者</td> <td>氏名</td> <td>㊦ 本人との関係 住所 電話番号 ()</td> </tr> </table> <p>(注)</p> <ol style="list-style-type: none"> □については、該当するものに「L」を記入すること。 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。 	受付市町名			受付年月日			<p style="text-align: center;">障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>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の交付等を申請します。</p>			申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更		申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名	㊦ 生年月日 年 月 日	住所	電話番号 ()		個人番号		家族等の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	ふりがな氏名	続柄 住所 電話番号 ()	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（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わかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳		既存の自立支援 医療受給者証	有効期間	年 月 日		自立支援医療費受給者番号		既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日	手帳番号		申請書を提出した者	氏名	㊦ 本人との関係 住所 電話番号 ()
受付市町名																																																																																	
受付年月日																																																																																	
<p style="text-align: center;">障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>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の交付等を申請します。</p>																																																																																	
申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更																																																																																
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名	㊦ 生年月日 年 月 日																																																																															
	住所	電話番号 ()																																																																															
	個人番号																																																																																
家族等の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	ふりがな氏名	続柄 住所 電話番号 ()																																																																															
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（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わかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳																																																																																
	既存の自立支援 医療受給者証	有効期間	年 月 日																																																																														
	自立支援医療費受給者番号																																																																																
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日																																																																															
	手帳番号																																																																																
申請書を提出した者	氏名	㊦ 本人との関係 住所 電話番号 ()																																																																															
受付市町名																																																																																	
受付年月日																																																																																	
<p style="text-align: center;">障害者手帳交付等申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p>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の交付等を申請します。</p>																																																																																	
申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更																																																																																
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名	㊦ 生年月日 年 月 日																																																																															
	住所	電話番号 ()																																																																															
	個人番号																																																																																
家族等の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	ふりがな氏名	続柄 住所 電話番号 ()																																																																															
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（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わかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳																																																																																
	既存の自立支援 医療受給者証	有効期間	年 月 日																																																																														
	自立支援医療費受給者番号																																																																																
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日																																																																															
	手帳番号																																																																																
申請書を提出した者	氏名	㊦ 本人との関係 住所 電話番号 ()																																																																															

別表 略

別表 略

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に提出されている改正前の第30号様式による障害者手帳交付等申請書は、改正後の第30号様式による障害者手帳交付等申請書とみなす。
- 3 改正前の第30号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。