

新潟市精神障害者保健福祉手帳交付実施要領

第1 目的

精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）は一定の精神障がいの状態にあることを認定し交付することにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力による各種の支援策が講じられることを促進し、精神障がい者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

なお、交付に関しては、以下に定めるもののほか、この要領に定めるものとする。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号。以下「施行令」という。）
- 3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年省令第31号。以下「施行規則」という。）
- 4 新潟市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等施行細則（平成19年新潟市規則第120号。）以下「細則」という。）

第2 手帳交付の手続き

1 交付申請

- （1）手帳の交付申請は、「障害者手帳申請書」（細則別記第12号様式。以下「申請書という。」）に次の①又は②に③の書類を添えて、市長に提出して行うものとする（申請書等の提出先は、区役所及び地域保健福祉センターとする。以下同じ。）。ただし、マイナンバーを活用した情報連携により精神障がいを支給事由とする年金給付を現に受けていること等の把握をする場合には、①又は②の書類の添付は不要とする（精神障がいを支給事由とする年金給付については、施行規則第23条を参照。）。なお、当該申請に係る者が18歳未満である場合には、当該精神障害者の親権を行う者、未成

年後見人その他の者で、当該精神障害者を現に監護する者の氏名、住所、連絡先及び当該精神障害者との続柄を申請書に記載すること。

① 「診断書（精神障害者保健福祉手帳用）」（別記様式第 1 号。以下「診断書」という。）

② 精神障がいを支給事由とする年金等の給付を現に受けていることを証する書類の写し（以下「年金証書等」という。）

③ 精神障がい者の写真（以下「写真」という。）

ア 写真（縦 4 cm×横 3 cm）は脱帽して上半身を写したもの（申請者の申出により、市長が、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。

イ 手帳の申請時から 1 年以内に撮影したものであること。

（2）診断書は、精神保健指定医及び精神障がいの診断又は治療に従事する医師によるものとする。ただし、精神障がいに係る初診日から起算して 6 か月を経過した日以後における診断書に限る。

（3）年金証書等は、次の①又は、②の書類の写しとする。

① 年金証書（年金裁定通知書と一体となっている証書についてはその部分を含む。）及び直近の年金振込通知書又は年金支払通知書

② 特別障害給付金受給資格者証（特別障害者給付金支給決定通知書）及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）

（4）年金証書等による申請については、年金事務所及び日本年金機構中央年金センター長（以下「年金事務所長等」という。）に対して年金等級等について照会を行うため、「同意書」（別記様式第 2 号）を提出しなければならない。

（5）手帳交付申請については、申請者の家族等が、申請手続き及び手帳の受理を代行することができる。

（6）郵送での手帳の受取りを希望する者は、「返信用封筒」（別記様式第 3 号。）を提出す

るものとする。

なお、その際の簡易書留料は申請者又は手続代行者の負担とする。

- (7) 市長に提出された申請に係る手帳交付事務については、申請者の居住地を管轄する区役所において行う。

2 審査及び判定

- (1) 市長は、診断書による申請を受理したときは、速やかに、新潟市こころの健康センター所長（以下「センター所長」という。）に障害等級について判定を求めなければならない。
- (2) センター所長は、(1)により市長から判定を求められたときは、障害等級について判定し、判定の結果を市長に通知するものとする。
- (3) センター所長は、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」（平成7年9月12日健医発第1133号厚生省保健医療局長通知）（以下、「判定基準」という。）に基づき、判定をするものとする。また、この判定基準の運用については、「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準の運用に当たって留意すべき事項について」（平成7年9月12日健医精発第46号厚生省保健医療局精神保健課長通知）によるものとする。
- (4) 市長は、年金証書等による申請を受理したときは、速やかに、年金事務所長等に、等級等の照会をするものとする。

この場合、年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば手帳2級、年金3級であれば手帳3級とする（障害等級については、施行令第6条を参照。）。

ただし、年金証書等により障がい種別及び等級等が確認できない場合は、年金証書等による交付決定は行わない。

3 交付の決定

(1) 市長は、センター所長及び年金事務所長等からの回答を受け、速やかに手帳交付の適否を決定する。

(2) 市長は、手帳の交付を決定したときは、必要事項の記入及び写真を貼付（写真の上に刻印）の上、申請者に対して手帳を別記様式第4号により交付する。

(3) 市長は、手帳を交付しないと決定したときは、申請者に対してその旨を通知する。

なお、診断書による申請のときは、「不承認通知書」（別記様式第5号）により、また、年金証書等による申請のときは、「通知書」（別記様式第5－2号）により通知するものとする。

(4) 市長は、手帳を交付しないと決定した者で、申請時に返信用封筒を添付した者については、不承認通知書又は通知書と併せて当該封筒を返送する。

(5) 手帳の交付日は、市長が申請を受理した日とする。

なお、有効期限は、交付日から2年が経過する日の属する月の末日とする。

第3 手帳の更新

1 手帳の更新申請（以下「更新申請」という。）については、以下に定めるもののほか、第2の手帳交付の手続きに準ずる。

なお、写真は、必要に応じ（障害等級の変更及び有効期限の更新欄がなくなった場合等）提出するものとする。

2 更新申請は、手帳の有効期限の日の3か月前から行うことができる。

なお、有効期限経過後であっても、更新申請後の有効期限内であれば、更新申請を行うことができる。

3 更新申請の際には、手帳を添付するものとする。

4 市長は、センター所長及び年金事務所長等からの回答を受け、速やかに更新申請の適否を決定し、次のいずれかにより、手帳の更新を行う。

(1) 有効期限の更新欄に新たな有効期限を記載するとともに、その末尾に訂正印を押印

し、申請者に返還する。

- (2) 障害等級が変更となったとき及び有効期限更新欄がなくなったときは、前回交付された手帳と引換えに、新たな手帳を交付する。この場合、手帳番号及び手帳交付日は、前回交付された手帳と同一のものとする。

なお、障害等級が変更となったときは、予備欄に変更事由（更新申請時の等級変更）及び変更日（更新申請前の有効期限の翌日）を記載するものとする。

- 5 更新申請後の有効期限は、更新申請前の有効期限の2年後の日とする。

第4 手帳の変更申請等

1 転入による住所変更

手帳交付を受けた者は、転入により住所を変更したときは、30日以内に、市長に届けなければならない。

なお、転入による住所変更は、以下に定める申請書類のほか、第2の手帳交付の手続きに準ずる。

(1) 申請書類

- ① 申請書（細則別記第12号様式）
- ② 「障害者手帳記載事項変更届」（細則別記様式第13号）
- ③ 転入前の居住地で交付された障がい者手帳の原本（以下「旧手帳」という。）
- ④ 写真

(2) 手帳交付

市長は、申請を受理したときは、旧手帳と引き換えに手帳を交付する。

(3) 有効期限等

手帳の障害等級及び有効期限については、旧手帳と同一のものとする。

なお、手帳番号及び交付日並びに写真については、新たなものとする。

2 氏名の変更又は市区域内での住所変更

- (1) 手帳交付を受けた者は、氏名の変更又は市区域内での住所変更をしたときは、30日以内に、手帳を添えて「障害者手帳記載事項変更届」(細則別記第13号様式)により、市長に届けなければならない。
- (2) 市長は、変更前の氏名又は住所に二重線を引き、訂正印を押印し手帳に変更内容を記載(記載スペースが足りない場合は、予備欄へ記載する)の上、申請者に返還する。

3 障害等級の変更申請

手帳交付を受けた者は、手帳の有効期間内において、手帳に記載された障害等級の変更を希望するときは、障害等級の変更申請を市長に提出することができる。

なお、障害等級の変更申請の手続きは、以下に定めるもののほか、第2の手帳交付の手続きに準ずる。

- (1) 市長は、センター所長の判定結果及び年金事務所長等の回答結果を受け、速やかに交付の適否を決定し、先に交付した手帳と引換えに新たな手帳を交付する。

なお、手帳番号及び交付日については、旧手帳と同一とし、有効期限については、変更決定をした日から、2年が経過する日の属する月の末日とし、写真については、第2の手帳交付の手続きに準ずる。

- (2) 変更決定をした日とは、センター所長の判定結果及び年金事務所長等からの回答結果を受理した日とする。

また、新たな手帳の予備欄に変更事由(変更申請による等級変更)及び変更決定日を記載するものとする。

第5 手帳の再交付

- 1 手帳を破り、汚し、又は紛失した者は、「障害者手帳再交付申請書」(細則別記第14号様式)により、市長に再交付を申請することができる。
- 2 市長は、申請事項を確認し、新たな手帳の予備欄に「再交付」の印を押印し、再交付

年月日を記載の上、手帳を交付する。

なお、有効期限及び手帳番号については、前回交付された手帳と同一のものとする。

- 3 手帳の交付を受けた者は、紛失した手帳を発見したときは、速やかに市長に返還しなければならない。

第6 手帳の返還

- 1 手帳の交付を受けた者は、次のいずれかに該当するときは、速やかに市長に返還するものとする。

(1) 手帳の交付を受けた者が死亡したとき

(戸籍法第87条の規定による届出義務者により返還する。)

(2) 障害等級に該当する精神障がいの状態がなくなったとき

(3) 前2号に掲げる場合のほか手帳を所持する必要がなくなったとき

第7 交付台帳

- 1 市長は、「精神障害者保健福祉手帳交付台帳」(別記様式第7号。以下「交付台帳」という。)を作成し、整理しておくものとする。

- 2 市長は、以下に示す事項に該当するときは、交付台帳の該当部分を訂正又は削除する。

(1) 住所、氏名の変更届を受理したとき

(2) 障害等級の変更を決定したとき

(3) 手帳の返還を受けたとき

(4) 手帳を再交付したとき

(5) 転入による住所変更の申請を受理したとき

- 3 市長は、手帳の交付を受けた者について、明らかに変更等の事由があると認めるときは、その家族等に調査を実施した後、職権で加除訂正できることとし、台帳管理を行うものとする。

第 8 自立支援医療費（精神通院医療）との関係

- 1 手帳の新規申請又は更新申請と同時に自立支援医療費（精神通院医療）（以下「自立支援医療」という。）の支給認定申請を行うとき

（１）診断書（別記様式第 1 号）により、手帳の新規申請又は更新申請と同時に自立支援医療の支給認定の申請をすることができる。

ただし、判定の結果、手帳が交付されない場合でも、自立支援医療の支給認定のみ承認を行うことができる。

- 2 手帳交付を受けている者が、高額治療継続者（重度かつ継続）に該当しない自立支援医療の支給認定の新規申請を行うとき

（１）交付されている手帳が、診断書に基づいて交付され、自立支援医療の支給認定申請時に、手帳の有効期間が 1 年以上残っているときは、自立支援医療の新規申請を行うことができる。

（２）市長は、交付台帳により（１）の要件を確認し、新潟市自立支援医療費（精神通院医療）支給認定事務処理要領に定める自立支援医療受給者証（精神通院）（別記様式第 5 号。以下「医療受給者証」という。）を交付すると決定したときは、その欄外に「手帳による交付」と記載をし、速やかに交付するものとする。

（３）（２）により医療受給者証の交付を受けた者は、医療受給者証の有効期間の終期まで、高額治療継続者（重度かつ継続）に該当する所得区分に変更できないものとする。

附 則

この要領は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 21 年 3 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成２２年１月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成２３年４月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成２６年４月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成２７年１２月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成２８年１月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成２８年４月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成２９年４月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成３１年４月１日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年１０月１日から施行する。

附 則

この要領は、令和２年４月１日から施行する。

附 則

この要領は、令和３年４月１日から施行する。

診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

氏 名			年	月	日生 (歳)
住 所	〒		F または G		数字 2 桁または 3 桁
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 及び治療の経過、内容(推定 発病年月、発病状況、初発症 状、治療の経過、治療内容な どを記載する)	(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とその発症日 (疾患名 _____ 、 _____ 年 _____ 月 _____ 日)				
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)					
(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、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・易刺激性 4 その他 (_____)					
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 (_____)					
(4) 精神運動興奮及びこん迷の状態 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 感情平板化 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 チック・汚言 6 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 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 (_____)					
(8) てんかん発作等(けいれんおよび意識障害) 1 てんかん発作 (該当する場合は⑤欄に発作のタイプ、頻度、最終年月日について記入) 2 意識障害 3 その他 (_____)					
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 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 1 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 _____) 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 3 その他の記憶障害 (_____) 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 (_____) 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 (_____)					
(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 (_____)					
(12) その他 (_____)					

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等（てんかん発作については、転倒や自動症の有無と頻度等を記載）
〔 検査所見：検査名、結果、時期 〕

てんかんの場合は、発作のタイプ及び発作の頻度について、該当するものを○で囲み、最終発作年月日を記入する。

イ	意識障害はないが、随意運動が失われる発作	()	回／年・月・週	、最終発作	年	月	日
ロ	意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作	()	回／年・月・週	、最終発作	年	月	日
ハ	意識障害の有無を問わず、転倒する発作	()	回／年・月・週	、最終発作	年	月	日
ニ	意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作	()	回／年・月・週	、最終発作	年	月	日

⑥ 生活能力の状態（アパートでの単身生活等、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）

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（ ）

2 日常生活能力の判定（該当するものを○で囲む）

(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

(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（要・不要）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

（該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲む）

- (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。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等（就労している場合は、正職員かパートか、保護的就労か等、就労状況についても記載する）

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況（該当する番号を○印で囲む）

- 1 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する自立訓練（生活訓練）
- 2 共同生活援助（グループホーム） 3 共同生活介護（ケアホーム）
- 4 居宅介護（ホームヘルプ） 5 その他の障害福祉サービス（ ）
- 6 訪問指導 7 精神科デイケア・ナイトケア 8 生活保護

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名

別記様式第 2 号

同 意 書

年 月 日

(宛先)
新 潟 市 長

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、私の障がいの等級・支給事由について日本年金機構（年金を支給する共済組合）に照会することに同意します。

氏 名	
住 所	〒
生年月日	年 月 日

別記第 3 号様式

返 信 用

切手

簡易書留

手帳在中

区役所名・課名

住所

電話
担当< >

注意書き

1 手帳の郵送を希望する場合
この封筒を使用して下さい。

2 簡易書留料金 3 2 0 円分の切手を
貼付して下さい。

3 交付不承認の場合は、その通知を送
付する際に、本封筒を返送します。

表

裏

	予備欄①	写真 (4×3cm) 精神保健及び 精神障害者に関 する法律 第45条の 保健福祉手帳 交付日 年 月 日 有効期限 年 月 日 (更新) (更新) (更新) (更新) 新潟市 氏名 住所 生年月日 年 月 日 障害等級 級 手帳番号 <td> 障がい者手帳 新潟市 </td>	障がい者手帳 新潟市																			
	予備欄②	<障がい者手帳 お問い合わせ窓口> 各区役所健康福祉課障がい福祉係 <table><tr><th>区役所名</th><th>代表電話番号</th></tr><tr><td>北 区役所</td><td></td></tr><tr><td>東 区役所</td><td></td></tr><tr><td>中 央 区役所</td><td></td></tr><tr><td>江 南 区役所</td><td></td></tr><tr><td>秋 葉 区役所</td><td></td></tr><tr><td>南 区役所</td><td></td></tr><tr><td>西 区役所</td><td></td></tr><tr><td>西 蒲 区役所</td><td></td></tr></table> 障がい者手帳について、ご不明の点があり ましたら上記あてにご連絡ください。	区役所名	代表電話番号	北 区役所		東 区役所		中 央 区役所		江 南 区役所		秋 葉 区役所		南 区役所		西 区役所		西 蒲 区役所		メモ	注意事項 1 この手帳は、なくさないように大切に 持ちください。 2 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。 3 住所や氏名が変わったときは、変更届を 出してください。 4 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。 5 更新の申請は、有効期限の3か月前から 行うことができます。
区役所名	代表電話番号																					
北 区役所																						
東 区役所																						
中 央 区役所																						
江 南 区役所																						
秋 葉 区役所																						
南 区役所																						
西 区役所																						
西 蒲 区役所																						

第 号
年 月 日

不 承 認 通 知 書

(申請者)

様

新 潟 市 長

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手帳の交付申請は、下記により不承認となりましたので通知いたします。

記

1 理 由

教 示

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟市に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として（訴訟において新潟市を代表する者は新潟市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 年 月 日 号

通 知 書

(申請者)

様

新 潟 市 長

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手帳の交付申請は、障害等級認定の結果、下記により不承認となりましたので通知します。

なお、年金証書等の写しの提出により申請を行い不承認となった場合は、診断書（第1号様式）の添付により改めて申請することができることを申し添えます。

1 理 由

教 示

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、新潟市に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、新潟市を被告として（訴訟において新潟市を代表する者は新潟市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

精神障害者保健福祉手帳申請・交付状況

区役所名 _____ 年 _____ 月分 _____

		申請(A)	不承認 (B)	交付件数(C)		転入(E)	転出(F)	返還 (G)	障がいの等級の変更				月末現在の台帳搭載者数 (J)	うち有効期 限の切れて いる者	前月末現 在の台帳 搭載者数 (K)
				うち新規 交付 (D)	うち更新				増(H)		減(I)				
									うち障害等級の 変更の申請に よるもの	うち障害等級の 変更の申請に よるもの					
1 級	診断書														
	年金証書														
	受給資格者証														
	合計														
2 級	診断書														
	年金証書														
	受給資格者証														
	合計														
3 級	診断書														
	年金証書														
	合計														
総合 計	診断書合計														
	年金証書合計														
	総合計														

【注意事項】

※各月ごとに作成する。

※4～6月分を7月10日まで、7～9月分を10月10日まで、10～12月分を1月10日まで、1～3月分を翌年度4月10日までに提出する。

※総合計ではA－B＝Cとなる。

※「前月分の報告のJ」＝「当月分の報告のK」となる。

※K＋D＋E＋H－F－G－I＝Jとなる。

※総合計ではH＝Iとなる。

※縦横の計算の整合性に注意する。

別記様式第7号 精神障害者保健福祉手帳交付台帳

別記様式第7号 精神障害者保健福祉手帳交付台帳

[illegible]