

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。

平成 18 年 3 月 31 日

岩手県知事 増 田 寛 也

岩手県規則第 82 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 43 年岩手県規則第 73 号）の一部を次のように改正する。

改正前	改正後
(申請書等の様式) 第 2 条 法による申請書、届書、同意書及び報告書は、様式第 1 号から様式第 14 号の 8 までによらなければならない。 (患者票等) 第 8 条 政令第 4 条の 2 第 1 項に規定する患者票は、様式第 19 号によるものとする。 2 政令第 4 条の 2 第 1 項の規定による通知又は法第 45 条第 3 項の規定により市町村長を経て行われる申請の却下は、 <u>不承認通知書（様式第 20 号）により行うものとする。</u>	(申請書等の様式) 第 2 条 法による申請書、届書、同意書及び報告書は、様式第 1 号から様式第 14 号の 5 までによらなければならない。 (患者票等) 第 8 条 法第 45 条第 3 項の規定により市町村長を経て行われる申請の却下は、 <u>不承認通知書（様式第 20 号）により行うものとする。</u>
備考 改正部分は、下線の部分である。	

様式（様式第 5 号、様式第 14 号の 6 から様式第 14 号の 8 まで、様式第 19 号及び様式第 20 号を除く。）中「地方振興局長」を「振興局長」に改める。

様式第 5 号を次のように改める。

様式第 5 号（第 2 条関係）

※保健所名
※市町村名
※受理年月日 年 月 日
年 月 日

岩手県知事 様

申請者 住所
氏名 印

障害者手帳申請書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令の規定に基づく、精神障害者保健福祉手帳の（新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付）を申請します。

障 害 者	フリガナ				性別	男 女	生年月日	年 月 日
	住所	電話 ()						
家族の連絡先	氏名	続柄	住所	電話 ()				
受診している医療機関		医療機関名 所在地						
添付書類	1 医師の診断書 2 年金証書の写し (級) 3 精神障害者保健福祉手帳		既存の手帳の有効期限				年 月 日	
			既存の手帳の手帳番号					
備考								

備考 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、医師の診断書又は障害年金の証書、年金裁定通知書及び直

近の振込（支払）通知書の写しを添付してください。

- 2 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために社会保険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 添付書類の欄は、該当する数字を○で囲んでください。
- 4 申請者以外の方が申請書の提出等を行う場合は、その方の氏名、申請者との関係、住所及び電話番号を備考欄に記載してください。

(A4)

様式第14号の6から様式第14号の8までを次のように改める。

様式第14号の6から様式第14号の8まで 削除

様式第19号及び様式第20号を次のように改める。

様式第19号 削除

様式第20号（第8条関係）

第 号
年 月 日

申請者 様

岩手県知事 印

不承認通知書

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申請は、下記の理由により承認されませんでしたので、通知します。

記

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第6条の規定による精神障害者保健福祉手帳の障害等級に定める精神障害の状態に該当しないこと。
- 2 その他の理由

(A4)

附 則

- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。
- 2 この規則による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則に定める様式は、この規則の施行の日以後に提出する届等について適用し、同日前に提出した届等については、なお従前の例による。