

交付（精神障害者保健福祉手帳）に関する申立書

年 月 日

尼崎市長 あて

申請者住所：

申請者氏名：

手帳の交付場所及び通知先については以下のとおり申し立てます。

（１）精神障害者保健福祉手帳の交付については、次のとおり希望します。

- 北部地域保健課（北部保健福祉センター内）
- 南部地域保健課（南部保健福祉センター内）
- 疾病対策課（保健所内）
- 精神科病院に長期入院中で、受取が困難な方。（入院先： ）
- （中央・小田・大庄・立花・武庫・園田）地区

～地区交付を希望する方へ～

①新規、等級変更、再交付等手帳を新たに発行する場合

→地区の受け渡しが可能です。

②更新（記載欄にスペースがある場合）、記載事項変更（住所・氏名）の場合

→お手持ちの手帳に、変更内容を市で記載・押印するため、いったん地区で手帳をお預かりし、後日（提出日から7営業日後）再度受取に来ていただくこととなります。

（２）通知先について、以下のとおり希望します。（変更のない場合は記載不要です）

自宅以外の通知先 送付先住所：

送付先宛名： （受給者と続柄： ）

※通知先を変更せず申請場所で手帳を受け取る場合、本紙は不要です。