

(東京都送付用) ①

①

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

※申請番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

※ 収 受 印 欄

②

© 2011 Pearson Education, Inc. All rights reserved. Printed in the United States of America.

更新申請の受付開始
通知希望 (○印)

③

有・無

④

7

[illegible]

⑧

家族の連絡先	氏 名	(姓)	(名)	本人の 続柄 (○印)	父 母 子 配偶者 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()
	住 所	郵便番号 〒 ー ー ー 電話番号 ()			

⑨

添付書類 (○印)	医師の診断書(手帳用) 年金証書等の写し(級)、同意書 精神障害者保健福祉手帳の写し(級) 写真(縦4cm×横3cm)	* 既存障害者手帳の有効期間	年	月	日
		* 障害者手帳番号			

10

11

申請書を提出した者	氏名		本人との関係	
	住所	郵便番号 〒 ー 電話番号 ()		

以下は自治体が記入するので申請者の方は記入しないでください。

1 / 3 (R7.10)

(注2) この欄のみに記載された方からの申請者(本人)に代わる東京都(中部総合精神保健福祉センター)への問合せには対応できません。