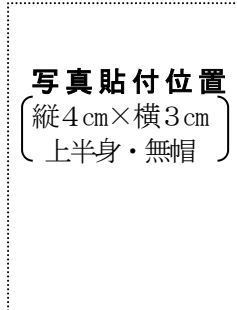


様式第29号 (第26条関係)

※のり付けせず、裏向きで  
テープで貼ってください



※受理機関名		受理年月日 年 月 日
※経由機関名		年 月 日
※精神保健福祉センター收受年月日		年 月 日

障害等級変更申請書

年 月 日

兵庫県知事 様

申請者

住 所	〒									
フリガナ										
氏 名	⑩									
個人番号										
電 話	(	)	—	番						

次の障害等級を変更したいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第9条第1項の規定により申請します。

手帳番号	第 号	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	障害等級	級
------	-----	------	--------------------	------	---

- (注) 1 「障害等級」の欄は、精神障害者保健福祉手帳に記載されている障害等級を記入すること。  
 2 医師の診断書又は年金証書等(※)を添付すること。ただし、年金証書等で申請する場合は、障害等級等を年金事務所等に照会するため年金事務所等照会同意書が必要。  
 (※) ①または②の書類  
 ①年金証書及び直近の年金振込通知書又は年金支払い通知書の写し  
 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)の写し  
 3 写真(脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの)を添付すること。  
 4 ※印の欄は、記入しないこと。