

新旧対照表

○精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則

改正案	現行
<p>第一条～第十条 (略) (費用の徴収) 第十一条 (略) 2 (略) 3 所得割の額は、地方税法に定めるところによるほか、次に定めるところにより算定するものとする。 一・二 (略) 三 (削除) 4・5 (略) 第十二条～第二十五条 (略) 別表 (略)</p>	<p>第一条～第十条 (略) (費用の徴収) 第十一条 (略) 2 (略) 3 所得割の額は、地方税法に定めるところによるほか、次に定めるところにより算定するものとする。 一・二 (略) 三 措置入院者又はその配偶者若しくは措置入院者と生計を一にする絶対的扶養義務者が地方税法第二百九十二条第一項第十一号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合において同号イに該当する者又は同項第十二号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となつた男子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合において同号に該当する者であるときは、次のイ又はロに掲げる者の区分に応じ、それぞれイ又はロに定めるとおり算定する。 イ 地方税法第二百九十五条第一項第二号の規定により市町村民税が課されないこととなる者 所得割の額は、零とすること。 ロ イに該当しない者 地方税法第三百十四条の二第一項第八号に定める金額 (同条第三項に該当する者であるときは、同項に規定する額) に同法第三百十四条の二第一項に規定する率を乗じて得た額を控除すること。 4・5 (略) 第十二条～第二十五条 (略) 別表 (略)</p>

改正案

実行

様式第1号

様式第1号

精神障害者（疑いのある者）の診察及び保護申請書

精神障害者（疑いのある者）の診察及び保護申請書

年 月 日

年 月 日

（宛先）

（宛先）

埼玉県 保健所長
埼玉県立精神保健福祉センター長

埼玉県 保健所長
埼玉県立精神保健福祉センター長

申請者住所

申請者住所

氏 名 _____

氏 名 （自署又は記名押印）

本人との関係

本人との関係

生年月日 年 月 日

生年月日 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の規定により、次のとおり申請
します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の規定により、次のとおり申請
します。

- 1 本人の居住地 埼玉県
氏 名 _____ 性別・男
女
年 月 日生

- 1 本人の居住地 埼玉県
氏 名 _____ 性別・男
女
年 月 日生

- 2 本人の現在場所
(入院中の者は病院名)

- 2 本人の現在場所
(入院中の者は病院名)

- 3 現に本人の保護の任に当たっている者
住 所 _____
氏 名 _____ 本人との続柄 _____

- 3 現に本人の保護の任に当たっている者
住 所 _____
氏 名 _____ 本人との続柄 _____

- 4 本人の状況（具体的に記載すること。）

- 4 本人の状況（具体的に記載すること。）

- 5 その他参考事項

- 5 その他参考事項

改正案

現行

様名第1号

様名第1号

退 院 申 出 届 書		年 月 日
(宛先)		
埼玉県 保健所長		
埼玉県立精神保健福祉センター長		
		病 院 名 管理者氏名
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の2の規定により、次のとおり		
精神障害者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	年 月 日生 (歳)
入 院 年 月 日	年 月 日	
退 院 希 望 年 月 日	年 月 日	
本 人 の 保 険 別	健保・共済(本人・家族) 国保(世帯主・その他) 生保(併給・単給) その他()	
現在の症状及び 退院の申出状況		
家 族 等	住 所	
	氏 名	
	障 害 者 との続柄	

退 院 申 出 届 書		年 月 日
(宛先)		
埼玉県 保健所長		
埼玉県立精神保健福祉センター長		
		病 院 名 管理者氏名
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の2の規定により、次のとおり		
精神障害者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	年 月 日生 (歳)
入 院 年 月 日	年 月 日	
退 院 希 望 年 月 日	年 月 日	
本 人 の 保 険 別	健保・共済(本人・家族) 国保(世帯主・その他) 生保(併給・単給) その他()	
現在の症状及び 退院の申出状況		
家 族 等	住 所	
	氏 名	
	障 害 者 との続柄	

改正案	実行
<p>滋賀県川中 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の3の 規定による通報書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県 保健所長 埼玉県立精神保健福祉センター長</p> <p style="text-align: right;">所在地 機 関 名 管理者氏名 _____</p> <p>下記のとおり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の3の規定により、 通報します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 氏 名 男・女 2 生年月日 3 住 所 4 保 護 者 氏 名 住 所 続 柄 5 症状の概要</p> <p>6 参考事項</p>	<p>滋賀県川中 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の3の 規定による通報書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 埼玉県 保健所長 埼玉県立精神保健福祉センター長</p> <p style="text-align: right;">所在地 機 関 名 管理者氏名 印</p> <p>下記のとおり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条の3の規定により、 通報します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 氏 名 男・女 2 生年月日 3 住 所 4 保 護 者 氏 名 住 所 続 柄 5 症状の概要</p> <p>6 参考事項</p>

改正案

現行

様式第四号～様式第六号（略）
様式第七号

様式第四号～様式第六号（略）
様式第七号

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断すること。児童にあつては年齢相応の能力と比較の上で判断すること。）
 (1) 現在の生活環境
 1 入院・入所（施設名 ()) 2 在宅（単身・家族等と同居） 3 その他（ () ）
 (2) 日常生活能力の判定（項目ごとに該当するもの一つを○で囲むこと。）
 1 適切な食事摂取
 ア 自発的にできる イ 自発的にできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 2 身の清潔保持、規則正しい生活
 ア 自発的にできる イ 自発的にできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 3 金銭管理と買物
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 4 通院と服薬（要・不要）
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 5 他人との意思伝達・対人関係
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 6 身の安全保持、危機対応
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 7 社会的手続、公共施設の利用
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ 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
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 (3) 日常生活能力の程度
 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

⑧ 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に規定する障害福祉サービス等の現在の利用状況
 自立訓練（生活訓練） 共同生活援助（グループホーム） 居宅介護（ホームヘルプ）
 訪問指導 生活保護 その他の障害福祉サービス等（ () ）

⑨ 備考（審査の参考となる事項を記載すること。）

⑥ 生活能力の状態（保護的環境ではない場合を想定して判断すること。児童にあつては年齢相応の能力と比較の上で判断すること。）
 (1) 現在の生活環境
 1 入院・入所（施設名 ()) 2 在宅（単身・家族等と同居） 3 その他（ () ）
 (2) 日常生活能力の判定（項目ごとに該当するもの一つを○で囲むこと。）
 1 適切な食事摂取
 ア 自発的にできる イ 自発的にできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 2 身の清潔保持、規則正しい生活
 ア 自発的にできる イ 自発的にできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 3 金銭管理と買物
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 4 通院と服薬（要・不要）
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 5 他人との意思伝達・対人関係
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 6 身の安全保持、危機対応
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 7 社会的手続、公共施設の利用
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ 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
 ア 適切にできる イ おおむねできるが援助が必要 ウ 援助があればできる エ できない
 (3) 日常生活能力の程度
 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

⑧ 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に規定する障害福祉サービス等の現在の利用状況
 自立訓練（生活訓練） 共同生活援助（グループホーム） 居宅介護（ホームヘルプ）
 訪問指導 生活保護 その他の障害福祉サービス等（ () ）

⑨ 備考（審査の参考となる事項を記載すること。）

※自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定を同時に必要とする場合は、以下も併せて記載すること。

⑩ 現在の治療内容
 1 投薬内容（自立支援医療費（精神通院医療）の対象となる投薬内容を記載すること。）
 {
 2 精神療法等
 {
 3 訪問看護指示の有無（有・無） 4 精神科デイケアの利用の有無（有・無）
 }
 }
 ⑪ 「重度かつ継続」に関する意見（①病名欄のICDコードがF00～F39、G40以外の場合にチェックすること。）
 情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態にあり、計画的かつ集中的な通院医療を継続して行う必要性
 (有・無)

⑫ 医師の略歴（①で「有」にチェックした場合は、次のいずれかをチェックし、必要事項を記載すること。）
 精神保健指定医（指定医番号： () ）
 精神医療従事年数（ () 年）※3年以上の従事経験を有することが必要

※自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定を同時に必要とする場合は、以下も併せて記載すること。

⑩ 現在の治療内容
 1 投薬内容（自立支援医療費（精神通院医療）の対象となる投薬内容を記載すること。）
 {
 2 精神療法等
 {
 3 訪問看護指示の有無（有・無） 4 精神科デイケアの利用の有無（有・無）
 }
 }
 ⑪ 「重度かつ継続」に関する意見（①病名欄のICDコードがF00～F39、G40以外の場合にチェックすること。）
 情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態にあり、計画的かつ集中的な通院医療を継続して行う必要性
 (有・無)

⑫ 医師の略歴（①で「有」にチェックした場合は、次のいずれかをチェックし、必要事項を記載すること。）
 精神保健指定医（指定医番号： () ）
 精神医療従事年数（ () 年）※3年以上の従事経験を有することが必要

以上のとおり診断します。 年 月 日

医療機関所在地
 名称
 電話番号
 診療担当科名
 医師氏名

以上のとおり診断します。 年 月 日

医療機関所在地
 名称
 電話番号
 診療担当科名
 医師氏名（自署又は記名押印）

判定会使用欄	1級	2級	3級	非該当

判定会使用欄	1級	2級	3級	非該当

改正案

様式第八号・様式第九号（略）
様式第十号

転院意見書		年 月 日
(宛先) 埼玉県知事		
病院名		
管理者氏名		_____
下記のとおり転院させることが適当であるので届け出ます。		
精神障害者	住所	
	氏名	年 月 日生 男・女
入院年月日	年 月 日	
病名		
転院予定年月日	年 月 日	
転院先病院名		
転院の理由		

現行

様式第八号・様式第九号（略）
様式第十号

転院意見書		年 月 日
(宛先) 埼玉県知事		
病院名		
管理者氏名		_____ ㊟
下記のとおり転院させることが適当であるので届け出ます。		
精神障害者	住所	
	氏名	年 月 日生 男・女
入院年月日	年 月 日	
病名		
転院予定年月日	年 月 日	
転院先病院名		
転院の理由		

改正案

現行

様式第十一号 (略)
様式第十一号

様式第十一号 (略)
様式第十一号

措置入院者の症状消退届

措置入院者の症状消退届

(宛先) 年 月 日

(宛先) 年 月 日

埼玉県知事

埼玉県知事

所在地
病院名
管理者名 _____

所在地
病院名
管理者名 _____

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
措置年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
入院以降の病状又は 状態像の経過 (措置症状消退と関連 して記載すること。)				
措置症状の消退を認め た精神保健指定医氏名	署名			
措置解除後の処置に 関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()			
退院後の帰宅先	1 自宅 ((1) 家族と同居、(2) 単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰宅先の住所				
訪問指導等に関する意見				
障害福祉サービス等の 活用に関する意見	(主治医氏名)			

措置入院者	フリガ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
措置年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
入院以降の病状又は 状態像の経過 (措置症状消退と関連 して記載すること。)				
措置症状の消退を認め た精神保健指定医氏名	署名			
措置解除後の処置に 関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()			
退院後の帰宅先	1 自宅 ((1) 家族と同居、(2) 単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰宅先の住所				
訪問指導等に関する意見				
障害福祉サービス等の 活用に関する意見	(主治医氏名)			

記載上の留意事項

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲むこと。

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲むこと。

改正案

現行

様式第十三号 (略)
様式第十四号

様式第十三号 (略)
様式第十四号

措置入院費負担金減免申請書

措置入院費負担金減免申請書

年 月 日

年 月 日

(宛先)

(宛先)

保健所長

保健所長

申請者住所

申請者住所

氏名 _____

氏名 （自署又は記名押印）

障害者との続柄

障害者との続柄

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第12条第1項の規定により、措置入院費負担金の減免を受けたいので関係書類を添えて申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第12条第1項の規定により、措置入院費負担金の減免を受けたいので関係書類を添えて申請します。

入院者氏名		病院名	病院
負担金決定額	円	現在までの納付額	円
減免を必要とする理由			

入院者氏名		病院名	病院
負担金決定額	円	現在までの納付額	円
減免を必要とする理由			

改正案

野行

世帯調査書									
世帯員	続柄	氏名	性別	年齢	健康状態	職業(勤務先)	収入月額	備考	
家計 (月額)	収入	勤労収入		円	私的扶助		円		
		資産収入		円	その他		円		
		公的扶助		円	計		円		
	支出	食費		円	教育費		円		
		住居費		円			円		
		光熱水費		円	その他		円		
		医療費		円	計		円		
	負債		円						
※ 調査者意見									
調査者氏名 _____									

世帯調査書									
世帯員	続柄	氏名	性別	年齢	健康状態	職業(勤務先)	収入月額	備考	
家計 (月額)	収入	勤労収入		円	私的扶助		円		
		資産収入		円	その他		円		
		公的扶助		円	計		円		
	支出	食費		円	教育費		円		
		住居費		円			円		
		光熱水費		円	その他		円		
		医療費		円	計		円		
	負債		円						
※ 調査者意見									
調査者氏名 _____									

改正案

様名第十五号

(表)

医療保護入院者の入院届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

医療保護入院者	フリガナ		生年	年 月 日生
	氏名	(男・女)		
	住所			
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日	今回の入院形態	年 月 日	
法第34条による移送の有無	有 ・ 無			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー ()	ICDカテゴリー ()		
生活歴及び現病歴 推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
<現在の精神症状>	I 意識			
	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)			
	III 記憶			
	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚			
1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()				
V 思考				
1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸				
6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()				
VI 感情・情動				
1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁				
5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()				

現行

様名第十五号

(表)

医療保護入院者の入院届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ		生年	年 月 日生
	氏名	(男・女)		
	住所			
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日	今回の入院形態	年 月 日	
法第34条による移送の有無	有 ・ 無			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー ()	ICDカテゴリー ()		
生活歴及び現病歴 推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
<現在の精神症状>	I 意識			
	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)			
	III 記憶			
	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚			
1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()				
V 思考				
1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸				
6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()				
VI 感情・情動				
1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁				
5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()				

改正案

様式第十号

(表)

特定医師による医療保護入院者（法第33条第1項・第4項又は第33条第3項・第4項）の入院届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

医療保護入院者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			
家族等の同意により 入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今 回 の 入院年月日	年 月 日	
	入院形態			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー ()	ICDカテゴリー ()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科 受診歴等を記載する こと。)	(陳述者氏名 続柄)			
初 回 入 院 期 間	年 月 日～		年 月 日 (入院形態)	
前 回 入 院 期 間	年 月 日～		年 月 日 (入院形態)	
初回から前回までの 入 院 回 数	計 回			
<現在の精神症状>	I 意識			
	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)			
	III 記憶			
	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚			
	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()			
	V 思考			
1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()				
VI 感情・情動				
1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()				
VII 意欲				
1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()				
VIII 自我意識				
1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()				

現行

様式第十号

(表)

特定医師による医療保護入院者（法第33条第1項・第4項又は第33条第3項・第4項）の入院届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			
家族等の同意により 入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今 回 の 入院年月日	年 月 日	
	入院形態			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー ()	ICDカテゴリー ()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科 受診歴等を記載する こと。)	(陳述者氏名 続柄)			
初 回 入 院 期 間	年 月 日～		年 月 日 (入院形態)	
前 回 入 院 期 間	年 月 日～		年 月 日 (入院形態)	
初回から前回までの 入 院 回 数	計 回			
<現在の精神症状>	I 意識			
	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)			
	III 記憶			
	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚			
	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()			
	V 思考			
1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()				
VI 感情・情動				
1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()				
VII 意欲				
1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()				
VIII 自我意識				
1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()				

改正案

現行

様式第十八号

様式第十八号

医療保護入院者の退院届

医療保護入院者の退院届

年 月 日

年 月 日

(宛先)

(宛先)

埼玉県知事

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者氏名

病院名
所在地
管理者氏名

㊟

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護 入院者	フリガナ		生年 月日	年 月 日 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
入院年月日	年 月 日			
退院年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー ()	ICDカテゴリー ()		
退院後の処置	1 入院継続 (任意入院・措置入院・他科)		2 通院医療	
	3 転医 4 死亡 5 その他 ()			
退院後の帰住先	1 自宅 ((1)家族と同居、(2)単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰住先の住所				
訪問指導等に関する意見				
障害福祉サービス等の活用に関する意見	(主治医氏名)			

医療保護 入院者	フリガナ		生年 月日	年 月 日 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
入院年月日	年 月 日			
退院年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー ()	ICDカテゴリー ()		
退院後の処置	1 入院継続 (任意入院・措置入院・他科)		2 通院医療	
	3 転医 4 死亡 5 その他 ()			
退院後の帰住先	1 自宅 ((1)家族と同居、(2)単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰住先の住所				
訪問指導等に関する意見				
障害福祉サービス等の活用に関する意見	(主治医氏名)			

記載上の留意事項

記載上の留意事項

- 1 入院年月日の欄は、法第33条第1項又は第3項による医療保護入院の年月日を記載すること。
- 2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲むこと。

- 1 入院年月日の欄は、法第33条第1項又は第3項による医療保護入院の年月日を記載すること。
- 2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲むこと。

改正案

現行

様式第十九号

様式第十九号

(表) 応急入院届 年 月 日
(宛先) 埼玉県知事

(表) 応急入院届 年 月 日
(宛先) 埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名 _____

病院名
所在地
管理者名 _____ 印

応急入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
住所				
依頼をした者の入院者との関係				
入院年月日	年 月 日 (午前・午後 時)			
法第34条による移送の有無	有 ・ 無			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
応急入院の必要性 患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が行 われる状態にない と判断した理由につ いて記載すること。				
(特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)				
病状又は状態像の概要				
応急入院を採った理由 家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。				
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名			

応急入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
住所				
依頼をした者の入院者との関係				
入院年月日	年 月 日 (午前・午後 時)			
法第34条による移送の有無	有 ・ 無			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
応急入院の必要性 患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が行 われる状態にない と判断した理由につ いて記載すること。				
(特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)				
病状又は状態像の概要				
応急入院を採った理由 家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。				
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名			

改正案

様式第11号

(表)

特定医師による応急入院届 (法第33条の7第2項)

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

応急入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名	(男・女)		(満 歳)
	住所			
依頼をした者の入院者との関係				
入院年月日	年 月 日 (午前・午後 時)			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	I CDカテゴリー()	I CDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
応急入院の必要性 (患者自身の病気に對する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)				
初回入院期間	年 月 日～	年 月 日 (入院形態)		
前回入院期間	年 月 日～	年 月 日 (入院形態)		
初回から前回までの入院回数	計 回			
<現在の精神症状>	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他() V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他()			

野行

様式第11号

(表)

特定医師による応急入院届 (法第33条の7第2項)

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

印

応急入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名	(男・女)		(満 歳)
	住所			
依頼をした者の入院者との関係				
入院年月日	年 月 日 (午前・午後 時)			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	I CDカテゴリー()	I CDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
応急入院の必要性 (患者自身の病気に對する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)				
初回入院期間	年 月 日～	年 月 日 (入院形態)		
前回入院期間	年 月 日～	年 月 日 (入院形態)		
初回から前回までの入院回数	計 回			
<現在の精神症状>	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他() II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害) III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他() IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他() V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他() VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他()			

改正案

実行

様式第111号

様式第111号

(表)

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

措置入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
措置年月日	年 月 日		今 回 の 入院年月日	年 月 日
			入院形態	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科 受診歴等を記載するこ と。)	(陳述者氏名 続柄)			
初 回 入 院 期 間 前 回 入 院 期 間 初回から前回までの 入 院 回 数	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
過去6か月間(措置入院後 3か月の場合は3か月間) の 仮 退 院 の 実 績	計	回	延日数	日
過去6か月間(措置入院後 3か月の場合は3か月間) の 治 療 の 内 容 と そ の 結 果 を 記 載 す る こ と。 (問題行動を中心と して記載すること。)				
今後の治療方針(自傷他害 の再発防止への対応含む) を記載すること。				
処 遇 、 看 護 及 び 指 導 の 現 状	隔 離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要		
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要		
	日常生活の 介助指導 必 要 性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他()		

(表)

措置入院者の定期病状報告書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

印

措置入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
措置年月日	年 月 日		今 回 の 入院年月日	年 月 日
			入院形態	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科 受診歴等を記載するこ と。)	(陳述者氏名 続柄)			
初 回 入 院 期 間 前 回 入 院 期 間 初回から前回までの 入 院 回 数	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
過去6か月間(措置入院後 3か月の場合は3か月間) の 仮 退 院 の 実 績	計	回	延日数	日
過去6か月間(措置入院後 3か月の場合は3か月間) の 治 療 の 内 容 と そ の 結 果 を 記 載 す る こ と。 (問題行動を中心と して記載すること。)				
今後の治療方針(自傷他害 の再発防止への対応含む) を記載すること。				
処 遇 、 看 護 及 び 指 導 の 現 状	隔 離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要		
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要		
	日常生活の 介助指導 必 要 性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他()		

改正案

様式第111号

(表)

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
医療保護入院年月日 (法第33条第1項又は第3項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
		入院形態		
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
過去12か月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位 ii 数か月単位 iii 盆や正月) 3 なし			
過去12か月間の治療の内容と、その結果及び通院又は任意入院に変更できなかった理由				
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
今後の治療方針(患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組について)				
退院に向けた取組の状況(選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について)	選任された退院後生活環境相談員			

現行

様式第111号

(表)

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病院名
所在地
管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	住所			
医療保護入院年月日 (法第33条第1項又は第3項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
		入院形態		
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
過去12か月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位 ii 数か月単位 iii 盆や正月) 3 なし			
過去12か月間の治療の内容と、その結果及び通院又は任意入院に変更できなかった理由				
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
今後の治療方針(患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組について)				
退院に向けた取組の状況(選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について)	選任された退院後生活環境相談員			

改正案

様式第111号～様式第115号（略）
様式第115号の1

無断退去者探索依頼書				
(宛先)		年 月 日		
警察署長				
		病院名		
		所在地		
		管理者名		_____
下記の者が無断退去し、その行方が不明となったので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第39条第1項の規定により探索を依頼します。				
記				
1 退去した精神障害者				
氏 名		性別	男・女	生年月日 年 月 日
住 所				
入院年月日	年 月 日			
2 退去状況				
退去年月日及び時刻	年 月 日 時 分			
退去当時の症状の概要				
退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項				
3 家族等又はこれに準ずる者				
氏 名				
住 所				
4 障害福祉サービスに係る事業を行う者（入院前に障害福祉サービスを利用していた場合）				
名 称		連絡先		
所 在 地				

現行

様式第111号～様式第115号（略）
様式第115号の1

無断退去者探索依頼書				
(宛先)		年 月 日		
警察署長				
		病院名		
		所在地		
		管理者名		_____㊦
下記の者が無断退去し、その行方が不明となったので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第39条第1項の規定により探索を依頼します。				
記				
1 退去した精神障害者				
氏 名		性別	男・女	生年月日 年 月 日
住 所				
入院年月日	年 月 日			
2 退去状況				
退去年月日及び時刻	年 月 日 時 分			
退去当時の症状の概要				
退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項				
3 家族等又はこれに準ずる者				
氏 名				
住 所				
4 障害福祉サービスに係る事業を行う者（入院前に障害福祉サービスを利用していた場合）				
名 称		連絡先		
所 在 地				

改正案

実行

様名第11十号

様名第11十号

無断退去報告書

無断退去報告書

年 月 日

年 月 日

(宛先)

(宛先)

埼玉県知事

埼玉県知事

病 院 名

病 院 名

管理者氏名

管理者氏名

—

Ⓜ

入院中の者が無断退去し、その行方が不明となったので報告します。

入院中の者が無断退去し、その行方が不明となったので報告します。

精神障害者	住 所	
	氏 名	年 月 日生 男・女
退去年月日 及び時刻	年 月 日 時 分	
症状及び退 去時の概要		
退去者を発 見するため に参考とな るべき人 相、服装そ 他の事項		
無断退去発 見後病院が 採った処置		

精神障害者	住 所	
	氏 名	年 月 日生 男・女
退去年月日 及び時刻	年 月 日 時 分	
症状及び退 去時の概要		
退去者を発 見するため に参考とな るべき人 相、服装そ 他の事項		
無断退去発 見後病院が 採った処置		

様名第11十七号

様名第11十七号

帰院報告書

帰院報告書

年 月 日

年 月 日

(宛先)

(宛先)

埼玉県知事

埼玉県知事

病 院 名

病 院 名

管理者氏名

管理者氏名

㊦

無断退去者が帰院したので、下記のとおり報告します。

無断退去者が帰院したので、下記のとおり報告します。

記

記

1 精神障害者住所

1 精神障害者住所

氏名

氏名

男・女

男・女

2 発見場所及び発見状況

2 発見場所及び発見状況

3 発見日時 年 月 日 時 分

3 発見日時 年 月 日 時 分

4 帰院日時 年 月 日 時 分

4 帰院日時 年 月 日 時 分

改正案

現行

様式第118号

様式第118号

仮退院許可申請書			
		年 月 日	
(宛先)			
埼玉県知事			
		病 院 名	
		管理者氏名	—
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により、仮退院させたいので、下記のとおり申請します。			
精神障害者	住 所		
	帰住地		
	氏 名	男・女	年 月 日生
入 院 年 月 日	年 月 日		
病 名		転 帰	
病床の利用状況	許可病床	床	入院患者 名
仮退院予定年月日	年 月 日		
仮退院予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
精神保健指定医氏名	—		

仮退院許可申請書			
		年 月 日	
(宛先)			
埼玉県知事			
		病 院 名	
		管理者氏名	㊟
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により、仮退院させたいので、下記のとおり申請します。			
精神障害者	住 所		
	帰住地		
	氏 名	男・女	年 月 日生
入 院 年 月 日	年 月 日		
病 名		転 帰	
病床の利用状況	許可病床	床	入院患者 名
仮退院予定年月日	年 月 日		
仮退院予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
精神保健指定医氏名	㊟		

改正案

様式第二十九号 (略)
様式第三十号

再入院届書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病 院 名

管理者氏名 _____

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により、仮退院中の者が
下記のとおり再入院したので届け出ます。

記

1 住 所

2 帰 住 地

3 氏 名

男
・
女

年 月 日生

4 仮退院年月日 年 月 日

5 再入院年月日 年 月 日

6 再入院に至る経過

現行

様式第二十九号 (略)
様式第三十号

再入院届書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

病 院 名

管理者氏名 _____[㊤]

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により、仮退院中の者が
下記のとおり再入院したので届け出ます。

記

1 住 所

2 帰 住 地

3 氏 名

男
・
女

年 月 日生

4 仮退院年月日 年 月 日

5 再入院年月日 年 月 日

6 再入院に至る経過

改正案

様式第111号

精神障害者保健福祉手帳申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する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)について申請します。

申請者 本人 (障害者)	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			個人番号		
	住所			電話	()	
家族の 連絡先	氏名			続柄		
	住所			電話	()	
既存の医療 受給者	受給者番号			有効期限	年 月 末日	
既存の手帳	手帳番号			有効期限	年 月 末日	
申請書を 提出した者	氏名			本人との関係		
	住所			電話	()	

- (注) 1 申請事項については、該当するものを全て○で囲んでください。
 2 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更について申請を行う場合は、次の(1)から(3)までのいずれかの書類を添付してください((2)又は(3)の書類を添付した場合は、年金事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級等を照会することがあります。)
 (1) 医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)
 (2) 障害年金に関する次の①及び②の書類
 ① 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書の写し
 ② 直近の年金振込(支払)通知書の写し
 (3) 特別障害給付金に関する次の①及び②の書類
 ① 特別障害給付金受給資格者証又は特別障害給付金支給決定通知書の写し
 ② 直近の国庫金振込(送金)通知書の写し
 3 居住地の市町村に申請してください。
 4 自立支援医療費(精神通院)支給認定を受けるには、別に申請が必要です。

現行

様式第111号

精神障害者保健福祉手帳申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する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)について申請します。

申請者 本人 (障害者)	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			個人番号		
	住所			電話	()	
家族の 連絡先	氏名			続柄		
	住所			電話	()	
既存の医療 受給者	受給者番号			有効期限	年 月 末日	
既存の手帳	手帳番号			有効期限	年 月 末日	
申請書を 提出した者	氏名			本人との関係		
	住所			電話	()	

- (注) 1 申請事項については、該当するものを全て○で囲んでください。
 2 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更について申請を行う場合は、次の(1)から(3)までのいずれかの書類を添付してください((2)又は(3)の書類を添付した場合は、年金事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級等を照会することがあります。)
 (1) 医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)
 (2) 障害年金に関する次の①及び②の書類
 ① 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書の写し
 ② 直近の年金振込(支払)通知書の写し
 (3) 特別障害給付金に関する次の①及び②の書類
 ① 特別障害給付金受給資格者証又は特別障害給付金支給決定通知書の写し
 ② 直近の国庫金振込(送金)通知書の写し
 3 申請者本人(障害者)欄は、自署又は記名押印してください。
 4 居住地の市町村に申請してください。
 5 自立支援医療費(精神通院)支給認定を受けるには、別に申請が必要です。

改正案

様式第三十二号～様式第三十四号（略）
様式第三十五号

精神障害者保健福祉手帳住所等変更届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

届出者 住所

氏名 _____

個人番号

電話番号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳に係る（住所・氏名・その他）に変更があつたので届け出ます。

(変更内容)

変更前	
変更後	

- (注) 1 届出事項については、該当するものを全て○で囲んでください。
2 県外から転入したときは、この届出書のほかに、様式第31号の申請書を提出してください。

現行

様式第三十二号～様式第三十四号（略）
様式第三十五号

精神障害者保健福祉手帳住所等変更届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

届出者 住所

氏名 （自署又は記名押印）

個人番号

電話番号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳に係る（住所・氏名・その他）に変更があつたので届け出ます。

(変更内容)

変更前	
変更後	

- (注) 1 届出事項については、該当するものを全て○で囲んでください。
2 県外から転入したときは、この届出書のほかに、様式第31号の申請書を提出してください。

改正案	実行
<p>様名第三十号</p> <p style="text-align: center;">精神障害者保健福祉手帳再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)</p> <p style="text-align: center;">埼玉県知事</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳を（破った・汚した・失った）ため、再交付の申請をします。</p>	<p>様名第三十号</p> <p style="text-align: center;">精神障害者保健福祉手帳再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)</p> <p style="text-align: center;">埼玉県知事</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 <u>(自署又は記名押印)</u></p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳を（破った・汚した・失った）ため、再交付の申請をします。</p>