

※ 写真を一回り大きな袋等に入れ、この枠内に写真を傷つけないように
ホッチキスで留めてください。また、写真の裏面には氏名を記入してく
ださい。

精神障害者保健福祉手帳等級変更などに係る写真送付状

年 月 日

鹿児島県精神保健福祉センター 御中

市町村名 ()
担当者名 ()

下記の者が所有している精神障害者保健福祉手帳の等級変更などに伴い、写真を送付します。

	氏 名	決 定 日	申請区分	備 考
1			診断書・年金	
2			診断書・年金	
3			診断書・年金	
4			診断書・年金	
5			診断書・年金	

※等級変更以外でも写真のみを送付する場合は、この様式を使用してください。

その場合、写真送付の理由を備考欄に記入してください。

※手帳カバーについて、破損や紛失等、手帳台紙が納められない場合に限り、備考欄に必要な旨を記入してください。