

## 【精神障害者世帯の減免に必要なもの】

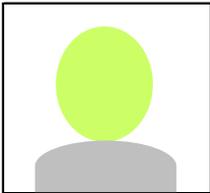
で囲んだ箇所が読み取れる写真またはPDFを添付してください。  
それ以外の部分は隠していただいても構いません。

(減免対象資格)

○精神障害者保健福祉手帳に障害の級別が1級と記載されている方がいる世帯。

<紙形式の手帳の場合>

氏名	
住所	(更新)
交付日	(更新)
有効期限	(更新)
障害等級	*級 <input type="checkbox"/>
手帳番号	*****号 神奈川県 <input type="checkbox"/>

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第45条の保健福祉手帳


<カード形式の手帳の場合>

	<b>障害者手帳</b> 氏名 神奈川 太郎 住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234 県庁マンション1234 生年月日 平成元年4月1日 障害等級 1級 手帳番号 12345号	
交付日	令和3年 12月31日	<input type="checkbox"/> 印
有効期限	令和5年 12月31日	
更新後の有効期限は裏面に記載しています		

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳	
有効期限の更新	(更新) 令和〇〇年〇〇月〇〇日
(更新) 令和〇〇年〇〇月〇〇日	(更新) 令和〇〇年〇〇月〇〇日
備考	

※1) 住所や氏名が変わったときは、そのに変更の届を出してください。  
※2) 手帳の等級は、更新期限の1ヶ月前から市町村の福祉課で取りかかれます。