

事務連絡  
令和4年2月15日

各都道府県・指定都市  
精神保健福祉主管部（局） 御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
精神・障害保健課

### 精神障害者保健福祉手帳の申請書用及び診断書用チェックリストについて

日頃より、精神障害者保健福祉手帳制度の適切な運営に御尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

今般、精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）にかかる事務の実態等の把握を目的として、一部の自治体に御協力いただき、アンケート調査や意見交換を行った結果、手帳の交付申請の増加に伴い、申請書類の記載不備による申請者への連絡や診断書を記載した医師への疑義照会などの対応に苦慮していることが明らかとなりました。

については、上記を踏まえ、申請者向けの申請書用チェックリスト（別紙1）及び診断書を記載する医師向けの診断書用チェックリスト（別紙2）を作成しましたので、貴管内の市区町村及び精神保健福祉センター、医療機関等の関係者に活用いただくよう周知をお願いします。

なお、貴管内における手帳事務の実情に合わせて、チェックリストの記載内容を適宜追加・修正して活用することは差し支えありませんので、その旨御了知願います。

（連絡先）

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
精神・障害保健課心の健康支援室障害保健係  
TEL 03-5253-1111(内線 3064・3105)

## 申請書 (精神障害者保健福祉手帳申請用) チェックリスト

## ① 申請日、申請項目、交付様式

- 申請日は正確に記載されていますか。
- 申請項目 (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のいずれか)、障害者手帳の様式 (紙様式・カード様式※導入済みの場合のいずれか) を○で囲んでいますか。

## ② 氏名、生年月日、住所、電話番号、個人番号

- 氏名 (ふりがな)、生年月日、住所、電話番号、個人番号 (マイナンバー) は、正確に記載されていますか。
- 現在の住所が記載されていますか (旧住所のままになっていませんか)。
- 申請者が 18 歳未満の場合は家族等の連絡先を正確に記載されていますか。  
(申請者が 18 歳以上の場合、記載は不要です。)

## ③ 添付書類

- 医師の診断書・年金証書等の写し・特別障害給付金受給資格者証等の写しのいずれかを添付し、該当項目を○で囲んでいますか。  
(マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には、上記書類の添付及び○囲いは不要です。)
- 年金証書等の写し・特別障害給付金受給資格証等の写し・マイナンバーによって確認できる情報による申請において、これらの情報のみで判定できない場合には、年金事務所又は各共済組合等へ障害種別、障害等級、具体的傷病名を照会することがあるため、年金事務所又は各共済組合等へ照会することに同意していただける方は、同意書も添付されていますか。  
(医師の診断書による申請の場合、同意書は不要です。)
- 写真は、脱帽して上半身を写したもの (申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。) で、1 年以内に撮影したものを添付されていますか。

## ④ 既存の手帳

- 有効期限、手帳番号は正確に記載されていますか。

## ⑤ 申請書を提出した者

- 氏名、本人との関係、住所、電話番号は正確に記載されていますか。

## 診断書 (精神障害者保健福祉手帳申請用) チェックリスト

## ② 氏名、生年月日、年齢、住所

- 氏名、生年月日、年齢は、正確に記載されていますか。
- 現在の住所が記載されていますか (旧住所のままになっていませんか)。

## ① 病名

- 「主たる精神障害」の病名は ICD-10 に沿った精神疾患名となっていますか。
- 「主たる精神障害」名に対応する ICD コードが記載されていますか。
- ICD コードは、英字+数字で記載されていますか。  
(精神障害: F00~F99、てんかん: G40 となっていますか。)  
※ 身体障害と精神障害の両方に病名・ICD コードがある場合には精神障害名を記載してください。
- 「従たる精神障害」の病名は ICD-10 に沿った精神障害名となっていますか。
- 「従たる精神障害」名に対応する ICD コードが記載されていますか。
- 「身体合併症」欄に記載されている病名は、精神障害と関連するものですか。

## ② 初診年月日

- 主たる精神障害の初診日は、診断書作成日の6ヶ月以上前の日付となっていますか。  
※ 主たる精神障害の初診日: 主たる精神障害を最初に診察した病院の初診日  
(前医による治療経過がある場合は、前医の初診日となります。)  
※ 診断書作成医療機関の初診年月日: 主たる精神障害における貴院の初診日

## ③ 発病から現在までの病歴並びに治療の経過及び内容

- 推定発病時期は記載されていますか。
- 更新申請の場合は、前回の申請時から現在までの状況も含めて記載されていますか。
- 貴院の初診日から6ヶ月経過していない (前医の初診日から6ヶ月以上経過している) 場合、前医の医療機関名が記載されていますか。

## ④ 現在の病状、状態像等

- 該当する病状をすべて○で囲んでいますか。
- 主たる精神障害若しくは従たる精神障害の特性と整合性がとれていますか。
- 「その他」を○で囲んだ場合、( ) にその内容が記載されていますか。
- 「てんかん」の場合、「発作型」「頻度」「最終発作年月日」が記載されていますか。  
(発作のタイプ、頻度によって手帳の級が判定されるため、必ず記載してください。)
- 「(9) 精神作用物質の乱用及び依存等」欄に該当する場合、「使用の有無」「不使用の場合、その期間」が記載されていますか。
- 「アルコール依存症」で、「依存」以外にも精神症状がある場合、該当する病状、状態像等の項目を○で囲んでいますか。
- 発達障害の場合、「(11) 広汎性発達障害関連症状」欄の該当する項目を○で囲んでいますか。

## ⑤ ④の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等

- 「4 現在の病状、状態像等」欄で選択した病状等について、具体的に記載されていますか。

## ⑥ 生活能力の状態

### (1) 現在の生活環境

- 該当する項目を○で囲んでいますか。
- 「入所」されている場合、「施設名」が記載されていますか。
- 「その他」の場合、その内容が（ ）に記載されていますか。

### (2) 日常生活能力の判定

- (1) から (8) の項目について、漏れなく○で囲んでいますか。
- 「通院及び服薬」欄の（要・不要）に○印がありますか。
- 現時点のみでなく、概ね過去2年に認められてもの、概ね今後2年間に予想されるものを含めて、該当する項目を選んでいきますか。
- 保護的環境（入院等）ではなく、単身生活を想定した判定となっていますか。
- 身体障害、知的障害に起因するものは加味しない判定となっていますか。
- 年齢相応の能力と比較した上での判定となっていますか。

### (3) 日常生活能力の程度

- 「(2) 日常生活能力の判定」と「(3) 日常生活能力の程度」に大きな差異はありませんか。
- 現時点のみでなく、概ね過去2年に認められてもの、概ね今後2年間に予想されるものを含めた判定となっていますか。

## ⑦ ⑥の具体的程度、状態像

- 精神障害による（身体障害、知的障害に起因するものは加味しない）日常生活上の障害（どのような場合に支援が必要かなど）について、具体的に記載されていますか。
- ③病歴、④現在の病状、状態像、⑥生活能力の状態と連続性・整合性がとれていますか。

## ⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況

- 日常生活、就学、就労等の場面において、現に受けている障害福祉サービスや援助があれば、どのようなサービスや援助をどの程度うけているかについて、具体的に記載していますか。

## ⑨ 備考

## ⑩ 診断書作成日、医療機関の名称等

- 診断書の作成日は、主たる精神障害の初診日から6ヶ月経過したものとなっていますか。
- 医療機関の所在地、名称、電話番号、診療科担当科名は正しく記載されていますか。
- 担当医師氏名は、自署又は記名捺印がされていますか。

## その他

- ※ 自筆での記載の場合、容易に判読できるよう、楷書で記載してください。
- ※ 診断書の作成に当たっては、「精神障害者保健福祉手帳の診断書の記入に当たって留意すべき事項について」（平成7年9月12日健医精発第45号）を参照ください。