

(別紙様式 3)

番  
年      月      号  
日

通                      知                      書

(申請者)                      殿

都道府県知事名                      印

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条の規定による精神障害者保健福祉手帳の申請は、次により承認されませんでしたので通知します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 6 条の規定による精神障害者保健福祉手帳の障害等級に定める精神障害の状態に該当しないこと
- 2 その他の理由