

提出用

※市町村名	
※受理年月日	年 月 日

障害者手帳交付申請書

同時申請あり

愛媛県知事 様

申請日 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付を申請します。

【申請事項】

再登録 (該当する場合は赤で囲んでください)

- 新規申請 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

精神障害者 本人	フリガナ 氏名		生年月日		
	住所 (居住地)	〒	電話	- -	
	住民票の 住所	<small>(上記住所と住民票の住所が異なる場合は記入してください。行政サービスを確実に受けられるようにするため、速やかに住民票の住所変更の届出を行ってください。)</small>			
	個人番号				
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し (級) ・ 同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) ・ 同意書 <input type="checkbox"/> 写真 (縦4 cm×横3 cm、上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの)				
既存の手帳	手帳番号		有効期限	年 月 末日	
自立支援医療費	受給者番号				
申請書を 提出した者	氏名		本人との 関係		
	住所		電話	- -	

◎精神障害者本人が18歳未満の場合に記入してください。

家族等の 連絡先	フリガナ 氏名		本人との 続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 障害者本人と同じ 〒 電話 - -		

◎手帳の再交付を申請する場合は記入してください。

手帳の 再交付申請	<input type="checkbox"/> 申請する	申請理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 写真貼付等の変更 <input type="checkbox"/> 新たな更新欄がないため <small>※「新たな更新欄がないため」以外の理由の場合は、再交付申請書を添付してください。</small>
--------------	-------------------------------	------	--

(注)

- 1 ※印の欄は記入しないでください。
- 2 □のある欄は、該当する□にレ印を付してください。
- 3 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書」等の写しが必要です。(ただし、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、添付は不要。)
- 4 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。