

# 障害者手帳申請書

※保健所名			
※市町村名			
※受理年月日	年	月	日

岩手県知事 様

令和 年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。

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  
 [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]  
 （上記申請項目を○で囲んでください）

申請者 <small>（精神障がい者本人）</small>	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏名							
	住所				電話	（ ）		
個人番号								
家族の連絡先 <small>（申請者が18歳未満の場合記入）</small>	フリガナ				本人との続柄 （○印）	父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）		
	氏名					住所		
					電話（ ）			
添付書類 <small>（添付した書類にレ点チェック）</small>	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（手帳用） <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し（ 級）及び同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級）及び同意書 <input type="checkbox"/> 写真（縦4cm×横3cm）脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（原本・写）・・・原本か写しに○印							
写真貼付を希望しない場合 <small>（レ点チェック）</small>	<input type="checkbox"/> 写真添付を希望しない （写真を貼付しない場合、割引等のサービスが受けられない場合があります。）							
申請書を提出した者 <small>（本人の場合は記載不要）</small>	氏名				本人との関係			
	住所				電話（ ）			
既存の手帳	※有効期限	年 月末日		※手帳番号				
※備考欄								

- （注） 1 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、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証（特別障害者給付金支給決定通知書）及び直近の国庫金振込み通知書（国庫金送金通知書）の写し」が必要です。
- 2 年金証書の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級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。
- 3 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- 4 ※の欄は記載しないでください。