

障害者手帳交付申請書

※市町村名							
※受理年月日							

岐阜県精神保健福祉センター所長 様

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]

（申請項目を○で囲んでください。）

精神障害者本人	フリガナ			生年月日									
	氏名	姓	名										
	住所	現住所											
		アパート等											
電話番号													
個人番号													
添付書類 (○印)	1 医師の診断書 2 年金証書等の写し（ 級） ・ 同意書 3 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級） ・ 同意書 4 写真（縦4cm×横3cm）												
既存の手帳	※有効期限	年 月 日		※手帳番号									
家族等の連絡先 (精神障害者本人が18歳未満の場合に記入)	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	姓	名										
	住所	現住所											
		アパート等											
電話番号													

申請書を提出した者	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人 <input type="checkbox"/> 上記の家族等 ※左記以外の場合は以下に記入											
	氏名	(フリガナ)	本人との関係	住所	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人と同じ <input type="checkbox"/> 上記の家族等と同じ 電話 ()							

- 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通知書（国庫金送金通知書）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、添付は不要です。
- 2 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又は年金証書等の写し若しく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 写真（縦4cm×横3cm）は、脱帽（申請者の申出により、知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分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。）、上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。
- 4 ※の欄は、記入しないでください。

手帳受領者	氏名	
-------	----	--

※審査	手帳	1 級	2 級	3 級
		不承認		