

市町村受付年月日

障害者手帳申請書

熊本県知事 殿

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条第 1 項の精神障害者保健福祉手帳の
 (1 新規交付 2 更新 3 障害等級変更 4 都道府県間の住所変更による手帳交付) につ
 いて申請します

申請者(精神障害者本人)	フリガナ 氏名							生 年 月 日	年 月 日			
	個人番号											
	住所										電話 ()	
家族の連絡先	フリガナ 氏名					本人との続柄 (○印)	父 母 子 配偶者 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()					
	住所										電話 ()	
添付書類 (○印)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の診断書(手帳用) ・ 年金証書等の写し(級)・同意書 ・ 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書 ・ 写真(縦 4 センチメートル×横 3 センチメートル) ・ 県外手帳の写し(級) 											
既存の手帳	有効期限							手帳番号				
申請書を提出した者	氏名					本人との関係	住所	電話 ()				
<p>備考</p> <p>1 手帳の新規交付、更新又は障害者等級変更の申請を行う場合は、添付書類として次の(1)から(3)までに掲げるいずれかの書類が必要です。</p> <p>(1) 医師の診断書</p> <p>(2) 障害年金(精神)の年金証書(再発行手続中の場合は、年金裁定通知書)及び直近の振込(支払)通知書の写し</p> <p>(3) 特別障害給付金受給資格者証(精神)及び直近の国庫金振込(送金)通知書の写し</p> <p>2 同意書は、年金証書等の写しを添付して申請する場合に障害等級の判定のために社会保険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ためのもので、申請窓口(市町村)の指示に従って提出してください。</p> <p>3 写真(縦 4 センチメートル×横 3 センチメートル)は、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を添付してください。</p>												