

障害者手帳申請書

※市町村名

※受理年月日 年 月 日

沖縄県知事 殿

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〕

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ											生年 月日	年	月	日			
	氏名											印						
	住所											電話	()					
	個人番号																	
家族の 連絡先	フリガナ											本人との 続柄 (○印)	父 母	子	配偶者	兄弟姉妹		
	氏名											(○印)	祖 父 母	そ の 他	()			
	住所											電話	()					
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の写し (級) ・同意書 4 精神障害者保健福祉手帳の写し (級) 5 写真 (縦4 cm×横3 cm)																	
提出 用	既存の手帳	※有効期限	年 月 末日			※手帳番号												
	自立支援医療	※有効期限	年 月 末日			※受給者番号												
①	申請書を 提出した者	氏 名											印	本人との 関 係	住 所	電 話	()	

- (注) 1 年金証書等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ことがあります。
- 2 写真 (縦4 cm×横3 cm) 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であること。
- 3 ※の欄は記入しないで下さい。