

障害者手帳申請書

年 月 日

静岡県知事 様

住所
申請者
氏名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の精神障害者保健福祉手帳に係る次の事項について申請します。

申請内容 (○印)		新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 都道府県間の住所変更											
対象者 本人	ふりがな 氏名					生年 月日	年 月 日						
	住所	(〒 —)											
	個人 番号												
家族の 連絡先	氏名				続柄			住所	(〒 —)				
				電話 ()									
添付書類 (○印)	医師の診断書 年金証書等の写し(級) 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級) 写真(縦4センチメートル×横3センチメートル)												
交付を受けている精神 障害者保健福祉手帳		有効期限			年 月 日			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 ()					

(注)

- 1 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、様式第5号による診断書又は障害年金の年金証書(年金裁定通知書と一体となっている場合は、その部分も含む。)及び直近の振込(支払)通知書の写し若しくは特別障害給付金受給資格者証(特別障害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)の写しを添付してください。
- 2 障害年金の年金証書等又は特別障害給付金受給資格者証等の写しを添付して申請する場合は、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、年金の障害等級を照会することがあります。
- 3 写真は、申請日前1年以内に上半身が無帽で撮影したものを添付してください。
- 4 都道府県間の住所変更による交付の申請を行う場合は、様式第3号による障害者手帳記載事項変更届を提出してください。