

障 害 者 手 帳 交 付 申 請 書

※市町名	
※受理年月日	年 月 日

年 月 日

愛媛県知事 様

住所
申請者
氏名

申請事項 精神障害者保健福祉手帳 (新規申請 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)

精神障害者	フリガナ 氏名	生年 月日	年 月 日	居住地	電話 ()
	個人番号				

保護者	フリガナ 氏名	患者 との 続柄	住所	電話 ()
-----	------------	----------------	----	--------

添付書類 診断書 年金証書等 (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 (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 手帳・受給者証の 有効期限	年 月 日	交付を受けている 手帳の手帳番号				自立支援医療費 の受給者番号													
------------------------------	-------	---------------------	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請書を 提出した者	氏名	患者 との 関係	住所	電話 ()
---------------	----	----------------	----	--------

- 注意1 ※印の箇所は、記入しないでください。
 2 □のある欄は、該当する□の中にV印を付してください。
 3 保護者の欄は、申請者が18歳未満の場合に記入してください。
 4 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する場合は、診断書 (精神障害者保健福祉手帳用) (様式第22号) 又は年金証書等の写し及び写真 (縦4センチメートル×横3センチメートル、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。