

様式第1号（第2条関係）

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳申請書

年 月 日

出雲崎町長 様

精神障害者保健福祉手帳の(新規交付・更新・障害等級変更・町の区域を超える住所変更)を受けたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定により次のとおり申請します。

申請者 精神障害者 本人	ふりがな											生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名													
	住 所	〒										(電話)		
家族等の 連絡先 (申請者 が18歳未 満の場合 記入)	ふりがな											本人との続柄		
	氏 名													
	住 所	〒										(電話)		
添付書類	1 医師の診断書(手帳用) 2 年金証書等の写し(級)・同意書 3 特別障害給付金受給者証等の写し(級)・同意書 4 写真(縦4cm×横3cm)													
既存手帳	※有効期限	年 月 日				※手帳番号								
申請書 を提出 した者	ふりがな											本人との続柄		
	氏 名													
	住 所	〒										(電話)		

添付書類(以下のいずれか)

- 1 医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)
- 2 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
- 3 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

注1 ※印欄は、記入しないで下さい。

- 2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲んで下さい。
- 3 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために日本年金機構又は各共済組合等の実施機関に対し、年金の障害等級を照会することがありますので、照会に関する同意書を添付してください。
- 4 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもの(申請者が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭を識別することができる範囲内において頭部を布等で覆う者である場合を除く)で、1年以内に撮影したものであること。