

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 (<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 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												居住地		電話	()	
	個人番号		月日																
保護者	フリガナ氏名		患者との続柄												住所		電話	()	
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 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)) <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) <input type="checkbox"/> 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 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。