

<h2 style="margin: 0;">障害者手帳交付申請書</h2>										※市 町 名			
愛媛県知事 様										※受理年月日		年 月 日	
										住所 申請者 氏名		年 月 日	
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		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	居住地	電話 ()					
保護者	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	印			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 記名押印に代えて署名することができます。 3 <input type="checkbox"/> のある欄は、該当する <input type="checkbox"/> の中に✓印を付してください。 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。													