

## 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	
	個人番号				電話	( )

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√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。