

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"/> 新規申請 <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			生年 月日	年 月 日	居住地	電話 ()								
	氏名														
保護者	フリガナ			患者 との 続柄	住 所	電話 ()									
	氏名														
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。