

障害者手帳申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳に係る次の事項について、注意事項を確認し、申請します。

申請内容 (○印)		新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 市外からの住所変更									
申請者 (対象者本人)	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名										
	住所	〒 -						電話	-		
	個人番号										
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ							本人との続柄(○印)	父 母 兄弟姉妹 祖父母		
	氏名								その他 ()		
	住所	同上 別居	(〒 -)						電話	- -	
添付書類 (○印を付けてください。)	医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用) 精神障害を支給事由とする年金証書等の写し(級)・同意書 精神障害を支給事由とする特別障害給付金受給資格者証の写し(級)・同意書 写真(縦4cm×横3cm)										
既存の手帳	有効期限	年 月末			手帳番号			等級	級		
既存の自立支援医療	有効期限	年 月末			受給者番号						
申請書を提出した者 (申請者が提出する場合は、記入する必要ありません)	氏名							本人との続柄(○印)	父 母 配偶者 兄弟姉妹 祖父母		
	住所	同上 別居	(〒 -)						電話	- -	
送付先変更希望	無 ・ 有 宛名 住所 (〒 -)										

- (注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、「医師の診断書」又は「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」又は「特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金決定通知書)及び直近の国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写し」が必要です。
- 2 障害等級の判定のため、診断書による申請の場合は、医療機関等に対し診断書の内容について、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、年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級等を照会することがあります。
- 3 写真(縦4cm×横3cm)は、申請日前1年以内に上半身は無帽で写したものを添付してください。

<自治体記入欄>

	窓口受付年月日	センター受付年月日	認定年月日
処理欄			