

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		生年月日	年 月 日	居住地	電話 ()						
	個人番号											
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		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。												