提出用

※市町村名	
※受理年月日	年　月　日

障 害 者 手 帳 交 付 申 請 書

□ 同時申請あり

愛媛県知事　様

申請日　　年　月　日

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の交付を申請します。

【申請事項】　　再登録（該当する場合は赤で囲んでください）

□ 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 本　人	フリガナ 氏　名		生年月日	
	住　所 (居住地)	〒　　電話　　－　　－		
	住民票の 住所	（上記住所と住民票の住所が異なる場合は記入してください。行政サービスを確実に受けられるようにするため、速やかに住民票の住所変更の届出を行ってください。）		
	個人番号			
添付書類	□　医師の診断書 □　年金証書等の写し（　　級）・　同意書 □　特別障害給付金受給資格者証等の写し（　　級）・　同意書 □　写真（縦４cm×横３cm、上半身を写したもので、１年以内に撮影したもの）			
既存の手帳	手帳番号		有効期限	年　　月末日
自立支援医療費	受給者番号			
申請書を 提出した者	氏　名		本人との 関係	
	住　所	電話　　－　　－		

◎精神障害者本人が18歳未満の場合に記入してください。

家族等の 連絡先	フリガナ 氏　名		本人との 続柄	
	住　所	□　障害者本人と同じ 〒　　電話　　－　　－		

◎手帳の再交付を申請する場合は記入してください。

手帳の 再交付申請	□ 申請する	申請理由	□ 破損　□ 汚損　□ 紛失　□ 写真貼付等の変更 □ 新たな更新欄がないため ※「新たな更新欄がないため」以外の理由の場合は、再交付申請書を添付してください。

（注）
1　**※印の欄は記入しないでください。**
2　**□のある欄は、該当する□にレ印を付してください。**
3　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、添付書類として「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書」等の写しが必要です。（ただし、マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には、添付は不要。）
4　年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年