

障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。
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
〔 1. 新規交付 2. 更新 3. 障害等級変更 4. 都道府県間の住所変更による交付 〕
（申請項目の番号を○印で囲んでください。）

精神障がい者本人	フリガナ							年齢	生 年 月 日			
	申請者氏名							歳	大正・昭和 平成・令和 年 月 日			
	フリガナ							電 話 番 号				
	申請者住所	(〒 -)						() -				
	個人番号											
申請者が満18歳の場合	フリガナ							申請者（本人）との続柄				
	家族の名氏							父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）				
	フリガナ							電話番号 ※1				
	家族の住所※1	(〒 -)						() -				
(添付書類) (○印)	1. 医師の診断書（手帳用） 2. 年金証書等の写し（ 級）・同意書 3. 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級）・同意書 4. 写真（縦4cm×横3cm）											
既存手帳番号							既存手帳の有効期限	令和 年 月 末日	手帳の等級	級		
申請書提出をした者	フリガナ							申請者（本人）との続柄				
	氏名							本人・父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）				
	フリガナ							電話番号 ※1				
	住所※1	(〒 -)						() -				

※ 1 申請者（本人）と異なる場合に記入すること。

受付市町村名
市町村受付印

(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、添付書類として、「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（特別障害給付金支給決定通知書）及び国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写し」が必要です。

(注) 2 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又は年金証書等の写し若しくは特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。

(注) 3 写真（縦4cm×横3cm）は、脱帽して上半身を写したものの（申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）で、1年以内に撮影したものであること。

障 害 者 手 帳 申 請 書

福岡県知事 殿

年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。
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
〔 1. 新規交付 2. 更新 3. 障害等級変更 4. 都道府県間の住所変更による交付 〕
（申請項目の番号を○印で囲んでください。）

精神障がい者本人	フリガナ											年齢	生 年 月 日		
	申 請 者 氏 名											歳	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
	フリガナ											電 話 番 号			
	申 請 者 住 所	(〒 —)										() —			
	個 人 番 号														
申請者が未だ満18歳の場合	フリガナ											申請者（本人）との続柄			
	家 族 の 氏 名											父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）			
	フリガナ											電話番号 ※1			
	家 族 の 住 所 ※1	(〒 —)										() —			
(添付書類○印)	1. 医師の診断書（手帳用） 2. 年金証書等の写し（ 級）・同意書 3. 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級）・同意書 4. 写真（縦4cm×横3cm）														
既存手帳番号											既存手帳の有効期限	令和 年 月 末日	手帳の等級	級	
申請書提出をした者	フリガナ											申請者（本人）との続柄			
	氏 名											本人・父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）			
	フリガナ											電話番号 ※1			
	住 所 ※1	(〒 —)										() —			

備 考
(特記事項などがありましたら、記載してください。)

受付市町村名
市町村受付印

障 害 者 手 帳 申 請 書

福岡県知事 殿

年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。
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
〔 1. 新規交付 2. 更新 3. 障害等級変更 4. 都道府県間の住所変更による交付 〕
（申請項目の番号を○印で囲んでください。）

精神障がい者本人	フリガナ											年齢	生 年 月 日		
	申 請 者 氏 名											歳	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
	フリガナ											電 話 番 号			
	申 請 者 住 所	(〒 —)										() —			
	個 人 番 号														
申請者が未だ満18歳の場合	フリガナ											申請者（本人）との続柄			
	家 族 の 氏 名											父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）			
	フリガナ											電話番号 ※1			
	家 族 の 住 所 ※1	(〒 —)										() —			
(添付書類○印)	1. 医師の診断書（手帳用） 2. 年金証書等の写し（ 級 ）・同意書 3. 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級 ）・同意書 4. 写真（縦4cm×横3cm）														
既存手帳番号										既存手帳の有効期限	令和 年 月 末日	手帳の等級	級		
申請書提出した者	フリガナ											申請者（本人）との続柄			
	氏 名											本人・父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）			
	フリガナ											電話番号 ※1			
	住 所 ※1	(〒 —)										() —			

備 考 (特記事項などがありましたら、記載してください。)	受付市町村名
	認 定 日
	市町村受付印