障害者手帳申請書

申 請 者

福岡県知事 殿

年 月 日

私は、次の事項(〇印)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 〕 (申請項目の番号を〇印で囲んでください。)

				1												
	フリガラ	•	年齢		生 年	月	В									
精神	申請者氏		歳	大正・昭和平成・令和		年	月	В								
障が	フリガラ		=	='	EEP	話	番号	<u> </u>								
障がい者本人	申請者住死		(_)											
	個人番号															
	フリガラ			申請	情者(本人)との続柄											
申	家族の		父 · f	母 • 兄弟姉妹 • 祖父母												
申請者	家 族 6		()													
未が	フリガラ	•	電話番号 ※1													
満1 の8		(-)	()											
場歳合	家族 6		_													
	1. 医師の診断書(手帳用)															
○分	2. 年金	2. 年金証書等の写し(級)・ 同意書														
印書	3. 特別	, 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級)・ 同意書														
积	4. 写真	4. 写真(縦4cm×横3cm)														
既 存手 帆	手 帳 <i>0</i> 長 番 号	既 存 手 帳 の 有 効 期 限	年	F	末日	手等	長の級	級								
	フリガラ		青者 (本人) との続柄													
申	氏 名			本人・3	と・母・	兄弟	姉妹 • ネ	且父母								
· 請 提書	氏 名		()										
出を	フリガフ	•			電	活番も	引 ※1									
した		(〒 −)			()									
者	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

- (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(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。

市町村受付印

障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

年 月 \Box

私は、次の事項(〇印)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 〕 (申請項目の番号を〇印で囲んでください。)

	フリ	ガ	ナ	年數	Ď		生	年	月						
精神障	申長	清	者名		歳	大正・昭和 平成・令和			年	月		\Box			
	フリ	ガ	ナ	1				電	話	番	号				
がい	ф	± .		T —)			())				
者本人	申 [住		者 所					-	_						
	個人														
	フリ	ガ	ナ			申請	者	(本)	人) (との終	売柄				
申請			の		父 · f	() - 者(本人)との続柄 母・兄弟姉妹・祖父母									
者	氏		名			その他()			
未が 満 1	フリ	ガ	ナ	-)			電話番号 ※1								
の8 場歳	家门	族		()							
合	住所	*	1					-	_						
	1.	医	師0	診断書(手帳用)											
○际	2.	2. 年金証書等の写し (級)・同意書													
印書	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			の 号	既存手帳の 有効期限 ^{令和} 年		F	末		手帆等	長の 級		級			
	フリ	ガ	ナ			申請	者	(本)	人) (との終	売柄				
申	大 名 本人·									父・母・兄弟姉妹・祖父母					
請 提書						その他()			
出を し	フリ	ガ	ナ	-)				電話	番号	₹ }	(1				
た	住	所		1 /			()				
者		*	1					-	_						
												_			
			備	考					受付	市町	村名	l			
(特記:	事項なの	とかる	5り き	したら、記載してください。)											
									市町	村受	付印				

	備	考	
(特記事項などがあ	5りました	ら、記載して	ください。)

障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

フリガナ

年 月 日

生 年 月 日

年齡

私は、次の事項(〇印)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 〕 (申請項目の番号を〇印で囲んでください。)

精神障が	申氏	請	者名											歳	大正·昭和 平成·令和		年	月	
障が	フ	リカ	゛ナ													電	話	番	号
がい者本人	申住	請	者所	(T —)												_			
		人種																	
	フ	リカ	゛ナ												1	者(本			
申請者	家氏	族	の 名	その他(母 • 兄弟姉妹 • 祖父母 ()			
未が	フ	リカ	゛ナ													電話番号 ※1			
満 1 8 場 合	家住	族 所 ※	の 〔1	(〒	_)									(_	,)
(〇印)	○付 2. 年金証書寺の与し(
既 存手	Ę	番	号						既有	存 手巾効 期	帳の限	令和	0	年		末日	手等	級	級
	フ	リカ	゛ナ												情者(本人)との続柄				
申請書	E	无 名	2	本人・父その他(父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父母						
提書	_	リカ	* +										() () () () () () () () () ()						
出を し		リん	, ,	(〒)										は留ち		
た 者	Æ	主 克 ※	fі і́ 1													(_	Ì)
(特記	備 考 受付市町村名 (特記事項などがありましたら、記載してください。)									村名									
														部	定日		市町	村受	付印