

※市町村名

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳交付申請書

岡山県精神保健福祉センター所長 殿

令和 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第45条(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和25年政令第155号)第9条第1項)の規定により、精神障害者保健福祉手帳の交付(新規交付, 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)を申請します。

申請者 (精神障害者本人)	ふりがな 氏名							生年 月日	大・昭 平・令	年	月	日				
	住所											電話()	—			
	個人番号															
	<input type="checkbox"/>	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は左のボックスにチェックを入れてください。 ※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。														
家族の連絡先	氏名							続柄	住所				電話()	—		
添付書類 (○印)	医師の診断書							既存の手帳の有効期限						年	月	日
	年金証書等の写し(級)							既存の手帳の手帳番号								
	同意書(年金給付関係情報)							既存の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()	—		

- (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ときは、医師の診断書又は年金証書等(障害年金等の年金証書, 年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書又は特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振込(送金)通知書)をいう。2において同じ。)の写し(ただし、個人番号を利用した情報連携により年金給付関係情報を把握する場合には、添付は不要。)及び写真を添付すること。
- 2 個人番号を利用した情報連携により年金給付関係情報を把握する場合又は年金証書等の写しを添付して申請する場合は、障害等級の判定のために年金事務所, 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る。
- 3 写真は、申請前1年以内に脱帽して(申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除く。)上半身を撮影したもので、縦4センチメートル, 横3センチメートルのものとする。
- 4 ※の欄は、記入しないこと。