

障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

令和 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			
	申請者名 氏名						歳	大正・昭和 平成・令和	年月日		
	フリガナ	ミヤガノカゲマサ (〒 -)					電話番号				
	申請者所 住	京都府苅田町					() -				
	個人番号										
申請者が 未滿18歳 の場合	フリガナ						申請者（本人）との続柄				
	家族の名 氏名						父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他（ ）				
	フリガナ	〒 -)					電話番号				
	家族の所 住						() -				
(○印) 添付書類	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）										
既存手帳の 手帳番号						既存手帳の有効期限	令和 (平成	年	月末日	手帳の等級	級
申請書を 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				
	住所						() -				

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