

精神障害者保健福祉手帳交付申請書														
愛知県知事 殿										年 月 日				
申請者 (精神障害者本人)										住所 氏名		印		
下記のとおり、精神障害者保健福祉手帳の交付を申請します。														
記														
申請区分	1 新規交付	2 更新	3 障害等級変更	4 県外からの居住地変更による手帳交付										
精神障害者本人	フリガナ							生年月日	年 月 日					
	氏名													
	住所	〒□□□-□□□□						電話()	-					
	個人番号													
連絡先となる家族	氏名							精神障害者との続き柄						
	住所	〒 -						電話()	-					
添付書類 <small>(該当の数字を○で囲むこと。)</small>	1 医師の診断書		既存の手帳の有効期限				年 月 末日							
	2 障害年金の年金証書等の写し(級)・同意書						既存の手帳の手帳番号							
	3 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書		既存の手帳の等級				(級)							
4 写真(縦4cm×横3cm)														
申請書の提出を代行した者	氏名							印	精神障害者との関係					
	住所	〒 -						電話()	-					
(注)手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うには、併せて提出書類として「医師の診断書」(様式第16)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(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振込み通知書(国庫金送金通知書)の写し」を添付してください。 なお、年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しを添付するときは、障害等級の判定のために、年金事務所又は各種共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。							※市町村受付欄			※県受付欄				

更新の際、手帳の発行を希望する場合は、右欄にレ点を記入 →

- 備考
- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
 - 2 申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては省略することができる。
 - 3 ※印の欄は、記入しないこと。