

障 害 者 手 帳 申 請 書

※市町村名			
※受理年月日	年	月	日

鳥取県知事 様

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

[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]

申請者 (精神 障害者 本人)	フリガナ											生年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			
	氏名	(印)										月 日				
	住所															
	個人 番号															
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 年金証書等の写 (級) 特別障害給付金の受給資格証等の写し 日本年金機構等への照会同意書 写真 (縦4センチメートル、横3センチメートル) 精神障害者保健福祉手帳							既存の手帳の有効期限				年 月 日				
								既存の手帳の手帳番号								
申請書 を提出 した者	氏 名	(印)				本人 との 関係		住 所	電話 ()							

- 備考 注1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。
- 2 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、次の書類等を添付してください。
- (1) 次のいずれかの書類
- ア 医師の診断書
- イ 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
- ウ 特別障害給付金の受給資格証及び直近の振込(支払)通知書の写し
- (2) 写真(申請前1年以内に脱帽して正面から撮影した上半身像の縦4センチメートル、横3センチメートルの大きさのもので、裏面に氏名及び撮影日を記入したもの)1枚
- 3 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために日本年金機構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。
- 4 ※の欄は、記入しないでください。