

※市町記入欄	再発行（余白・紛失・破損・その他）	市町受付印
	写真なし希望・写真後日送付	
	単独申請・自立同時	
	福祉医療費確認（先受け・受給中・非該当）	
	受付： 総合支所 / 受取： 総合支所	

障害者手帳申請書

山口県知事 様

令和 年 月 日

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・(経過 新規 再)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〕について申請します。 注) いずれかに、○印をつけてください。

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭・平・令								
	氏 名	印		年 月 日	年 月 日							
	住 所	〒 -			電話 ()							
	個人番号											
	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名）を秘匿することが可能ですので、希望される方は右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のみ使用します。											<input type="checkbox"/>
家族等の 連絡先 (申請者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		本人との続柄									
	氏 名											
	住 所				電話 ()							
添付書類 (○印)	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診断書（手帳用 ・ 手帳自立支援兼用） 年金証書等の写し〔 級〕 + 振込通知書 + 同意書 特別障害給付金受給資格者証の写し〔 級〕 + 振込通知書 + 同意書 写真（縦4cm×横3cm）1枚 											
既存の手帳	手帳番号							有効期限	令和 年 月 日	等級	級	
問) 今回の申請に診断書を添付している場合、同時に自立支援医療支給認定申請をされましたか。 はい ・ いいえ												
自立支援医療受給者番号												
申請書を 提出 した者	フリガナ		本人との続柄									
	氏 名	印										
	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」等と「照会の同意書」が必要です。
 2. 写真（縦4cm×横3cm）は、脱帽して上半身を写したもの（ただし、申請者の申出により、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場合を除く。）で、1年以内に撮影したものであること。
 3. 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。
 4. 家族等の連絡先については、当該申請に係る者が18歳未満である場合、当該精神障害者の親権を行う者、未成年後見人その他の者で、当該精神障害者を現に監護する者の氏名、住所、連絡先及び当該精神障害者との続柄を記載すること。