

精神障害者保健福祉手帳交付申請書													
年 月 日													
愛 知 県 知 事 殿													
申請者 (精神障害者本人) 住所 氏名													
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									年 月 日			
	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 (該当の数字を ○で囲むこと。)	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)												
	3 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)			既存の手帳の手帳番号									
	4 写真(申請前1年以内に無帽の状態(宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭を識別することができる範囲内において頭部を布等で覆う状態を含む。)で正面から上半身を撮影した縦4cm、横3cmのもの)												
5 障害者等級等の照会に関する同意書			既存の手帳の等級			(級)							
個人番号を利用した情報連携による年金給付関係情報又は特別障害者給付金関係情報の把握を希望しますか。 ☐希望する ・ ☐希望しない													
申請書の提出を代行した者	氏 名						精 神 障 害 者 と の 関 係						
	住 所			〒 —			電話()			—			
※ 市 町 村 受 付 欄							※ 県 受 付 欄						
(注)添付書類は、次に掲げるいずれかの書類及び添付書類の4を添付してください(個人番号を利用した情報連携による年金給付関係情報又は特別障害者給付金関係情報の把握を希望する場合には、次に掲げる書類の添付を省略することができます。) 1 医師の診断書(様式第16) 2 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 3 特別障害給付金受給資格者証(特別障害給付金支給決定通知書)及び国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写し ただし、添付書類の2若しくは3を添付する場合又は個人番号を利用した情報連携を希望する場合は、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、年金給付関係情報又は特別障害者給付金関係情報を照会しますので添付書類の5の添付が必要です。													

更新の際、手帳の発行を希望する場合は、右側にレ点を記入 →

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

2 「連絡先となる家族」欄は、精神障害者本人が18歳未満である場合に、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本人を現に監護するものについて記入すること。

3 ※印の欄は、記入しないこと。