

# 障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

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		
	申請者氏名※1	印		歳	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	
	フリガナ	(〒 - )		電 話 番 号			
申請者住所	フリガナ	(〒 - )		( )			
	住所			-			
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					父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他( )	
	フリガナ	(〒 - )				電話番号 ※2	
家族の住所※2	フリガナ	(〒 - )				( )	
	住所					-	
(添付書類○印)	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)						
既存手帳の番号			既存手帳の有効期限	令和(平成)	年	月 末 日	
申請書提出した者	フリガナ					申請者(本人)との続柄	
	氏名※1	印				本人・父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他( )	
	フリガナ	(〒 - )				電話番号 ※2	
住所※2	フリガナ	(〒 - )				( )	
	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
市町村受付印