

障害者手帳申請書

熊本市長 様

受付年月日
※（受付印）

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 4 5 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 ・ 市外からの転入による手帳交付]

申請者 (精神障害者 本人)	フリガナ									生年 月日	年 月 日	
	氏 名											
	住 所									電話 ()		
	個人番号 (マイナンバー)											
家族の 連絡先	フリガナ							本人との続柄 (○印)	父 母 子 配偶者 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()			
	氏 名											
	住 所							電話 ()				
添付書類 (○印)	・ 医師の診断書（手帳用） ・ 年金証書等の写し（ 級）・ 同意書 ・ 特別障害給付金受給資格者証等の写し （ 級）・ 同意書 ・ 写真（タテ 4 cm×ヨコ 3 cm） ・ 市外手帳の写し（ 級）						既存の 手 帳	有効期限	年 月末			
								手帳番号	号			
								等 級	級			
申請書を提出した者	氏名					本人との 関係			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、次の(1)から(3)のいずれかが必要です。

(1)「医師の診断書」

(2)「障害年金（精神）の年金証書（再発行手続中の場合は、年金裁定通知書）」及びその直近の振込（支払）通知書の写し

(3)「特別障害給付金資格者証（精神）」及びその直近の国庫金振込（送金）通知書の写し

注 2 同意書は、年金証書等の写しによる申請の場合に、障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し年金の障害等級を照会するためのもので、申請窓口の指示に従って提出してください。

注 3 写真（タテ 4 cm×ヨコ 3 cm）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を添付してください。

受付窓口記入欄 -----ここから下の欄には記入しないでください。-----

個人番号提供	有 ☐ 無 ☐ ※更新の方で前回確認できている方は有にチェックして下さい。 ※年金申請で、無の方は同意書が必須。手続きに 2 か月程度期間を要します。
申 請	同時申請 ・ 手帳のみ
備 考	受取場所 () 連絡 () 写真貼付 ・ 写真後日 送付先 () 貼替希望 ・ 写真不可