

障害者手帳申請書

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請)

佐賀県知事 様

令和 年 月 日

私は、次の事項 (○印) について申請します。

精神障害者保健福祉手帳	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手帳交付
-------------	---

申請者 (障害者本人)	フリガナ	生 年 月 日											
	氏名	大正 ・ 昭和 年 月 日生 平成 ・ 令和											
	住所 〒	電話 ()											
	個人番号												
家族の連絡先	フリガナ	続 柄			住 所								
	氏名				電話 ()								
添付書類 (○印)	1. 写真(縦4cm×横3cm) (有・無) 2. 医師の診断書 3. 年金証書の写し(級)、振込通知書、同意書、年金裁定通知書(所持者のみ) 4. 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 5. 他県の手帳又は他県の手帳の写し												
既存の手帳状況 ※新規申請は記入不要	手帳番号							手帳等級	級				
	有効期限	令和 年 月末日					手帳の写真	貼付済 ・ 未貼付					
	現手帳手帳の種類	紙 ・ カード					希望手帳の種類	紙 ・ カード					
問) 自立支援医療同時申請に今回の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)を使用しますか。 はい ・ いいえ													
申請書を提出した者 ※障害者本人以外の方は記入	フリガナ	本人との関係			住 所								
	氏名				電話 ()								

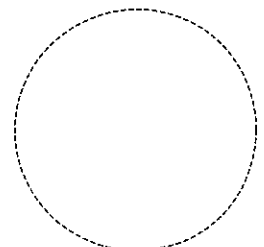
市町記入欄

台帳番号								手帳更新欄の残数	残4・残3・残2・残1・残なし ※更新・等級変更申請のみ記入				
------	--	--	--	--	--	--	--	----------	-----------------------------------	--	--	--	--

交付決定の決裁所属記入欄

※新規手帳番号						※障害者手帳等級決定					
---------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--

備 考	
-----	--



(市町受理印)

※御提出いただいた個人情報、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。

障害者手帳申請書

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請)

佐賀県知事 様

令和 年 月 日

私は、次の事項 (○印) について申請します。

精神障害者保健福祉手帳	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手帳交付
-------------	---

（保健福祉事務所控）

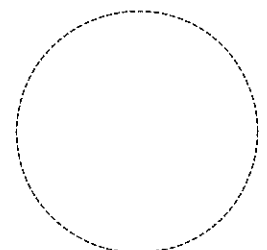
申請者 (障害者本人)	フリガナ	生 年 月 日										
	氏名	大正 ・ 昭和 年 月 日生 平成 ・ 令和										
	住所 〒	電話 ()										
	個人番号											
家族の連絡先	フリガナ	続 柄				住 所						
	氏名					電話 ()						
添付書類 (○印)	1. 写真(縦4cm×横3cm) (有・無) 2. 医師の診断書 3. 年金証書の写し(級)、振込通知書、同意書、年金裁定通知書(所持者のみ) 4. 特別障害給付金受給資格者証の写し(級)、振込通知書、同意書 5. 他県の手帳又は他県の手帳の写し											
既存の手帳状況 ※新規申請は記入不要	手帳番号						手帳等級	級				
	有効期限	令和 年 月 末日					手帳の写真	貼付済 ・ 未貼付				
	現手帳手帳の種類	紙 ・ カード					希望手帳の種類	紙 ・ カード				
問) 自立支援医療同時申請に今回の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)を使用しますか。 はい ・ いいえ												
申請書を提出した者 ※障害者本人以外の際は記入	フリガナ	本人との関係				住 所						
	氏名					電話 ()						

市町記入欄

台帳番号							手帳更新欄の残数	残4・残3・残2・残1・残なし ※更新・等級変更申請のみ記入
------	--	--	--	--	--	--	----------	-----------------------------------

「記載漏れがないかご確認ください」

備考	
----	--



(市町受理印)

※御提出いただいた個人情報は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。

障害者手帳申請書

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請)

佐賀県知事 様

令和 年 月 日

私は、次の事項 (○印) について申請します。

精神障害者保健福祉手帳	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手帳交付
-------------	---

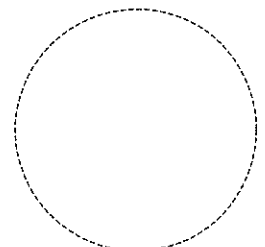
申請者 (障害者本人)	フリガナ	生 年 月 日											
	氏名	大正 ・ 昭和 年 月 日生 平成 ・ 令和											
	住所 〒	電話 ()											
	個人番号												
家族の連絡先	フリガナ	続柄			住所								
	氏名				電話 ()								
添付書類 (○印)	1. 写真(縦4cm×横3cm) (有・無) 2. 医師の診断書 3. 年金証書の写し(級)、振込通知書、同意書、年金裁定通知書(所持者のみ) 4. 特別障害給付金受給資格者証の写し(級)、振込通知書、同意書 5. 他県の手帳又は他県の手帳の写し												
既存の手帳状況 ※新規申請は記入不要	手帳番号							手帳等級	級				
	有効期限	令和 年 月末日					手帳の写真	貼付済 ・ 未貼付					
	現手帳手帳の種類	紙 ・ カード					希望手帳の種類	紙 ・ カード					
問) 自立支援医療同時申請に今回の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)を使用しますか。 はい ・ いいえ													
申請書を提出した者 ※障害者本人以外の方は記入	フリガナ	本人との関係			住所								
	氏名				電話 ()								

市町記入欄

台帳番号							手帳更新欄の残数	残4・残3・残2・残1・残なし ※更新・等級変更申請のみ記入					
------	--	--	--	--	--	--	----------	-----------------------------------	--	--	--	--	--

「記載漏れがないかご確認ください」

備考	
----	--



(市町受理印)

※御提出いただいた個人情報、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。

障害者手帳申請書

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請)

佐賀県知事 様

令和 年 月 日

私は、次の事項 (○印) について申請します。

精神障害者保健福祉手帳	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手帳交付
-------------	---

（申請者控）

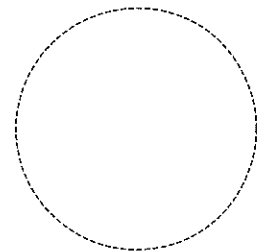
申請者 (障害者本人)	フリガナ	生 年 月 日											
	氏名	大正 ・ 昭和 年 月 日生 平成 ・ 令和											
	住所 〒	電話 ()											
	個人番号												
家族の連絡先	フリガナ	続 柄			住 所								
	氏名				電話 ()								
添付書類 (○印)	1. 写真(縦4cm×横3cm) (有・無) 2. 医師の診断書 3. 年金証書の写し(級)、振込通知書、同意書、年金裁定通知書(所持者のみ) 4. 特別障害給付金受給資格者証の写し(級)、振込通知書、同意書 5. 他県の手帳又は他県の手帳の写し												
既存の手帳状況 ※新規申請は記入不要	手帳番号							手帳等級	級				
	有効期限	令和 年 月 末日					手帳の写真	貼付済 ・ 未貼付					
	現手帳手帳の種類	紙 ・ カード					希望手帳の種類	紙 ・ カード					
問) 自立支援医療同時申請に今回の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)を使用しますか。 はい ・ いいえ													
申請書を提出した者 ※障害者本人以外の方は記入	フリガナ	本人との関係			住 所								
	氏名				電話 ()								

市町記入欄

台帳番号								手帳更新欄の残数	残4・残3・残2・残1・残なし ※更新・等級変更申請のみ記入
------	--	--	--	--	--	--	--	----------	-----------------------------------

- (注) 1. 手帳の新規交付、更新又は障害者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」が必要です。
2. 年金証書の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会しますので、同意書を添付してください。
3. 写真(縦4cm×横3cm)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であること。
4. 「申請書を提出した者」の欄は、障害者本人が提出した場合は記載する必要はありません。
5. 手帳受領の際には、この申請者控えを提示してください。
6. 自立支援医療と同時申請する場合、自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書による申請が別途必要です。

※御提出いただいた個人情報、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。



(市町受理印)