

# 障害者手帳申請書

福岡県知事 殿

令和 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

[ 新規交付 ・ 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 ]

(申請項目を○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	年 月 日		
	住 所				電話番号	
個人番号						
申請者が18歳未満の場合	フリガナ				申請者(本人)との続柄	
	保護者氏名	印	父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他 ( )			
	住 所 ※2				電話番号	
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証等の写し( 級)・同意書 4. 写真(縦4cm×横3cm)					
既存手帳番号	手帳番号		既存手帳の有効期限		手帳の等級	
提出申請書をした者	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 ( )			
	住 所 ※2				電話番号 ※2	

備 考

※受付市町村名
飯塚市

センター受付印

※市町村受付印