

※市町村名			
※受理年月日	年	月	日

年 月 日

島根県知事 様

精神障害者保健福祉手帳申請書

精神障害者保健福祉手帳(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条)について申請します。(該当するものに○印を付すること。)
〔新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の区域を越える住所変更〕

のりづけ
写真貼付 上半身、脱帽、正面 1年以内の写真 横3センチメートル 縦4センチメートル (裏に氏名を記入)

申請者 (精神障害者本人について記入)	フリガナ											生年月日	年	月	日
	氏名														
	住所											電話 ()			
	個人番号														
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合記入)	氏名						続柄		住所						電話 ()
添付書類 (○印)	医師の診断書		既存の手帳の有効期限				年				月	日			
	年金証書等の写し(級)・同意書		既存の手帳の手帳番号												
	特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書		自立支援医療費(精神通院医療)受給者番号												
申請書を提出した者	氏名	(*本人と異なる場合に記入)					本人との関係		住所	電話 ()					

- (注) 1 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、「医師の診断書」、「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」又は「特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫振込通知書(国庫金送金通知書)の写し」が必要です。
- 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために日本年金機構島根事務センター、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することがあります。
- 3 申請者及び申請書を提出した者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- 4 ※の欄は、記入しないでください。