

(別添様式1)

# 障害者手帳申請書

茨城県知事 殿

※市町村名
※受理年月日 年 月 日
※経由番号

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。)

申請者 (精神 障害者 本人)	フリガナ		生年 月日	明・大・昭・平・令											
	氏名			年 月 日											
	住所	〒 ー		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)	フリガナ		本人と の続柄												
	氏名														
	住所	〒 ー		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)・照会同意書 ・特別障害給付金受給資格者証等の写し( 級)・照会同意書 ・写真(縦4cm×3cm) *写真裏面には、住所(市町村まで)・氏名・生年月日を必ず記載して下さい。														
既存の 手帳	※有効期限	平成 年 月 日		※手帳番号											
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, 「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」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)及び国庫金振込通知書(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, 障害等級等の判定のために日本年金機構又は各共済組合等に対し, 年金の障害等級等を照会するため, 照会同意書を添付して下さい。
- 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とします。
- 4 ※の欄は記入しないで下さい。