

様式1

| | | |
|--------|---------------------------------|-------|
| ※市町記入欄 | 再発行（余白・紛失・破損・その他） | 市町受付印 |
| | 写真なし希望・写真後日送付 | |
| | 単独申請・自立同時 | |
| | 受理年月日 年 月 日 (受付印に日付があれば記入不要) | |

障害者手帳申請書

山口県知事様

令和 年 月 日

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〕について申請します。注) いずれかに、○印をつけてください。

| | | | | |
|--|--|------------|---------|-----------|
| 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 | 年 月 日 |
| | 住 所 | 〒 - 電話 () | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報（所在の都道府県名又は市町名）を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報はマイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。 | | | |
| 添付書類 (○印) | <ul style="list-style-type: none"> 医師の診断書【*】（手帳用・手帳自立支援兼用） 年金証書等の写し〔 級〕【*】 + 振込通知書【*】 + 同意書 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 写真（縦4cm×横3cm）1枚 (【*】はマイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には添付不要) | | | |
| 既存の手帳 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | 手帳番号 | |
| 問) 今回の申請に診断書を添付している場合、同時に自立支援医療支給認定申請をされましたか。 はい ・ いいえ | | | | |
| 自立支援医療受給者番号 | | | | |

※以下は、精神障害者本人が18歳未満の場合記入

| | | | | |
|---------|------|-------------|-------------|------------|
| 家族等の連絡先 | フリガナ | | 本人との続柄 (○印) | 父 母 兄弟姉妹 |
| | 氏 名 | | | 祖父母 其他 () |
| | 住 所 | □精神障害者本人と同じ | | |

| | | | | |
|-----------|---------------------------------|------------------------|--------|--|
| 申請書を提出した者 | □精神障害者本人 □上記の家族等 ※左記以外の場合は以下に記入 | | | |
| | フリガナ | | 本人との関係 | |
| | 住 所 | □精神障害者本人と同じ □上記の家族等と同じ | | |

(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」等と「照会の同意書」が必要です（ただし、マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には、「照会の同意書」のみで構いません）。
2. 写真（縦4cm×横3cm）は、脱帽して上半身を写したもので（ただし、申請者の申出により、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆う場合を除く。）で、1年以内に撮影したものであること。