

精神障害者保健福祉手帳申請書

福岡県知事 殿

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
〔 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交付 〕
(申請項目の番号を○印で囲んでください。※4. 都道府県間の住所変更には○をつけた場合は変更届も必要です。)

精神障がい者本人	フリガナ					年齢	生 年 月 日					
	申請者名氏					歳	大正・昭和 平成・令和 年 月 日					
	フリガナ					電 話 番 号						
	申請者住所	(〒 -)										
	個人番号											
申請者が満18歳未満の場合	フリガナ					申請者(本人)との続柄						
	家族の名氏					父・母・兄弟姉妹・祖父母 その他()						
	フリガナ					※ 電話番号						
	※ 家族の住所	(〒 -)										
(添付書類)	1. 医師の診断書(手帳用) 2. 同意書(年金照会用) 3. 写真(縦4cm×横3cm)											
既存手帳番号						既存手帳の有効期限	令和 年 月 末日	手帳の等級	級			
申請提出をした者	フリガナ					申請者(本人)との続柄						
	氏名					本人・父・母・兄弟姉妹・祖父母・子 配偶者・その他()						
	フリガナ					※ 電話番号						
	※ 住所	(〒 -)										

※の欄は申請者(本人)と異なる場合のみ記入すること。

(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「同意書(年金照会用)」が必要です。

2 同意書(年金照会用)を提出された場合は、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ため、日本年金機構や各種共済組合等に対し、年金の障害等級等を照会します。

3 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したものの(申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)で、1年以内に撮影したものであること。

市町村記入欄(特記事項等)	
・基礎年金番号：【 — 】 ☐ 確認 (4桁) (6桁)	
☐ 同時申請	☐ 台紙なし(台紙の更新欄に記載ができる場合)
☐ 期限合わせ希望	☐ その他()
☐ 後日手帳原本送付(転入)	
☐ 台紙あり	☐ 写真後日送付
	☐ 写真なしの手帳交付希望

精神保健福祉センター 受付印

市町村受付印