

障害者手帳申請書

※市町村名
※受理年月日 年 月 日

鳥取県知事 様

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]

申請者 (精神 障害者 本人)	フリガナ 氏名	----- ○印 ※個人番号		性 別		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	電話 ()					
家族の 連絡先	氏名		続 柄		住 所	電話 ()	
添付 書類 (○印)	医師の診断書 年金証書等の写 (級) 特別障害給付金の受給資格証等の写 写真 (縦4センチメートル、横3センチメートル) 精神障害者保健福祉手帳			既存の手帳の有効期限		年 月 日	
				既存の手帳の手帳番号			
申請書 を提出 した者	氏 名	○印		続 柄		住 所	電話 ()

- 備考 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、次の書類等を添付してください。
- (1) 次のいずれかの書類
 - ア 医師の診断書
 - イ 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
 - ウ 特別障害給付金の受給資格証及び直近の振込（支払）通知書の写し
 - (2) 写真（申請前1年以内に脱帽して正面から撮影した上半身像の縦4センチメートル、横3センチメートルの大きさのもので、裏面に氏名及び撮影日を記入したもの）1枚
- 2 年金証書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社会保険事務所又は共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。