

障害者手帳交付申請書

茨城県知事 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

[新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 都道府県又は指定都市間の住所変更による交付]

(申請項目を○で囲んでください)

<u>精神障害者 本人</u>	フリガナ											生年 月日	年 月 日
	氏名												
	住所	〒										電話 番号	
	個人番号												
<u>添付書類 (○印)</u>	<input type="checkbox"/> 医師の診断書(手帳用)【*】 <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し(　　級)【*】・同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し(　　級)【*】・同意書 <input type="checkbox"/> 写真(縦4cm×横3cm)【有・無】 ※写真裏面には、市町村名・氏名・生年月日を必ず記載してください。 (【*】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				※手帳番号							

※以下は、精神障害者本人が18歳未満の場合記入

<u>家族等の 連絡先</u>	フリガナ											本人と の続柄	年 月 日																							
	氏名																																			
	住所	〒										電話 番号																								
		<input type="checkbox"/> 精神障害者本人に同じ <input type="checkbox"/> 上記の家族等に同じ																																		
<u>申請書を 提出した者</u>	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人 <input type="checkbox"/> 上記の家族等 ※左記以外の場合は以下に記入 <table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="10"></td> <td rowspan="2">本人と の関係</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="10">〒</td> </tr> </table>													氏名											本人と の関係	住所	〒									
	氏名											本人と の関係																								
住所	〒																																			
	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人に同じ <input type="checkbox"/> 上記の家族等に同じ																																			

(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」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。(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、添付は不要です。)

2 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又は年金証書等の写し若しくは特別障害給付金受給者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 写真は、脱帽して上半身を写したもの(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わ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。

4 ※の欄は記入しないでください。

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を秘匿することができます。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は右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個人番号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。

