

(別紙様式1)

～記入例～

※市町村名

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳申請書

長野県知事 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 (障害者本人)	フリガナ 氏名	ウエダ タロウ 上田 太郎	生年月日	明・大・ 昭 ・平 〇年〇月〇日
	住所	上田市〇〇▲-▲-▲ 電話 0268(XX)XXXX		
	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
家族の 連絡先 (申請者が18 歳未満の場合 記入)	フリガナ 氏名	本人と 父 母 兄弟姉妹	マイナンバーを記入してください	
	保護者名を記入してください		電話	()
添付書類 (○印)	<input checked="" 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) <input checked="" type="checkbox"/> 写真(縦4cm×横3cm 裏面に申請者氏名記入)		<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 提出物に ○印をしてください。 </div>	
既存の手帳	※有効期限	令和 年 月 末日	※手帳番号	
申請書を提出した者	氏名	上田 一郎	本人との関係	子
	住所	上田市大手〇〇-▲ 電話 0268(XX)XXXX		

(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

【申請時添付書類】

○以下のうち、いずれか1つ。

- ・ 医師の診断書
- ・ 精神障害を事由とする障害年金証書又は支払通知書の写し
- ・ 特別障害給付金受給資格者証の写し

○写真(新規は必須。更新時はケースバイケース。)

特別
金送
等級
す。

この申請に伴って収集する個人情報は、精神障害者保健福祉手帳の作成交付のために利用します。