

障 害 者 手 帳 申 請 書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

私は、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について、下記の事由により交付を申請します。

|                               |                              |                                 |                                           |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 新規交付 | <input type="checkbox"/> 更 新 | <input type="checkbox"/> 障害等級変更 | <input type="checkbox"/> 千葉市外からの転入による手帳交付 |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|

該当する項目のみ以下に記入する。

|                 |  |      |       |             |     |
|-----------------|--|------|-------|-------------|-----|
| 既存の手帳番号         |  | 有効期限 | 年 月 日 | 等 級         |     |
| 既存の自立支援医療費受給者番号 |  | 有効期限 | 年 月 日 | 自立支援医療費同時申請 | 有・無 |

|                           |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |         |               |                          |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|--------------------------|
| 障害者本人(申請者)                | フリガナ                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | 生 年 月 日 | 年 月 日         |                          |
|                           | 氏 名                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |         |               |                          |
|                           | 個人番号                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | 連 絡 先   | 電話番号          | (携帯電話など平日、日中の連絡先)<br>— — |
|                           | 住 所                                                                                                                                                                                                           | 千葉市 区                                                                               |         | 電子メール<br>アドレス | @                        |
| 家族等の連絡先(障害者本人が18歳未満の場合記入) | フリガナ                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | 続 柄     | 障害者本人から見て     |                          |
|                           | 氏 名                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |         |               |                          |
|                           | 住 所                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 障害者本人と同居(記入不要)<br><input type="checkbox"/> 障害者本人と別居(以下に記入) | 連 絡 先   | 電話番号          | (携帯電話など平日、日中の連絡先)<br>— — |
|                           |                                                                                                                                                                                                               | 電子メール<br>アドレス                                                                       |         | @             |                          |
| 書 添 類 付                   | <input type="checkbox"/> 医師の診断書(手帳用) <input type="checkbox"/> 障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 年金証書等の写し( 級)・同意書 <input type="checkbox"/> 写真(縦4cm×横3cm)<br><input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し( 級)・同意書 |                                                                                     |         |               |                          |

(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」(精神障害者保健福祉手帳用)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)及び直近の国庫金振り込み通知書(国庫金送金通知書)の写し」が必要です。  
2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給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(縦4cm×横3cm)は、脱帽(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。)として上半身を写したもので、1年以内に撮影したものを添付してください。

障害者本人以外が申請手続を代行する場合は以下に記入する。

|       |      |                                                                                     |        |           |                          |
|-------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|--------------------------|
| 代 行 者 | フリガナ |                                                                                     | 本人との関係 | 障害者本人から見て |                          |
|       | 氏 名  |                                                                                     |        |           |                          |
|       | 住 所  | <input type="checkbox"/> 障害者本人と同じ(記入不要)<br><input type="checkbox"/> 障害者本人とは別(以下に記入) | 連 絡 先  | 電話番号      | (携帯電話など平日、日中の連絡先)<br>— — |
|       |      | 電子メール<br>アドレス                                                                       |        | @         |                          |

ここから下の欄には記入しないでください。

|                                                                        |         |                                                                                                        |             |
|------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 千葉市記入欄                                                                 |         |                                                                                                        | 保健福祉センター受理印 |
| <input type="checkbox"/> 期限切れ新規<br><input type="checkbox"/> 期限切れ3か月内更新 | 連絡事項・備考 | 通知送付先: <input type="checkbox"/> 障害者本人 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> その他(以下に記入) |             |