

受付市町名	
受付年月日	

## 障害者手帳交付等申請書

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

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交付等を申請します。

申 請 の 区 分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更 新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更 <input type="checkbox"/> 再 登 録		
申 請 者 (精神障害者本人)	ふりがな 氏 名	生年 月 日	年 月 日
	住 所	電話番号 ( )	
	個 人 番 号		
家族等の連絡先 (申請者が 18 歳未満の 場合に記載すること)	ふりがな 氏 名	続 柄	住 所 電話番号 ( )
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用) <input type="checkbox"/> 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)通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真(申請前 1 年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦 4 センチメートル、横 3 センチメートルのもの(申請者の申出により、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。)であること。) <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳		
既存の自立支援医療 受 給 者 証	有 効 期 限	年 月 日	
	自 立 支 援 医 療 費 受 給 者 番 号		
既存の精神障害者 保 健 福 祉 手 帳	有 効 期 限	年 月 日	
	手 帳 番 号		
申請書を提出した者	氏名	本人と の 関 係	住 所 電話番号 ( )

(注)

- 1 については、該当するものに「✓」を記入すること。
- 2 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。

職 権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口 <input type="checkbox"/> ( ) 総合センター・支所 <input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード/住民票 <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付) / 公的証明書 2 点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人 (保護者含む)	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可) <input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付) / 公的証明書 2 点