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	□　新規交付　□　障害等級変更 □　更新　□　県外からの居住地変更 □　再登録												
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな											生年月日	年　月　日
	氏　名												
	住　所	電話番号　（　）											
	個人番号												
家族の連絡先（申請者が18歳未満の場合に記載すること。）	ふりがな			続柄		住所	電話番号　（　）						
	氏　名												
添付書類	□　医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） □　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【＊】 □　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）の写し【＊】 □　同意書 □　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。） □　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	有効期間	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「レ」を記入すること。
　　なお、【＊】は個人番号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を要しない。
２　添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。