

(別紙様式1-1号)

障害者手帳申請書

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請)

佐賀県知事 様

令和 年 月 日

私は、次の事項 (○印) について申請します。

精神障害者保健福祉手帳	1. 新規交付 2. 更新 3. 障害等級変更 4. 都道府県間の住所変更による手帳交付
-------------	---

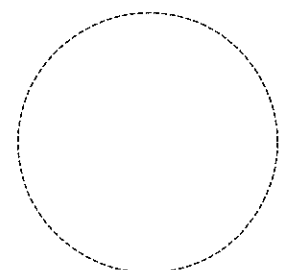
申請者 (障害者本人)	フリガナ	生 年 月 日											
	氏名 (自署または記名押印)	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和 年 月 日生											
	住所 〒	電話 ()											
	個人番号												
家族の 連絡先	フリガナ	続 柄			住 所								
	氏名				電話 ()								
提出 用	添付書類 (○印)	1. 写真(縦4cm×横3cm) (有・無) 2. 医師の診断書 3. 年金証書の写し(級)、振込通知書、同意書、年金裁定通知書(所持者のみ) 4. 特別障害給付金受給資格者証の写し(級)、振込通知書、同意書 5. 他県の手帳又は他県の手帳の写し											
	既存の手帳状況	手帳番号							手帳等級	級			
	※新規申請は記入不要	有効期限	令和 年 月末日					手帳の写真	貼付済 ・ 未貼付				
	問) 自立支援医療同時申請に今回の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)を使用しますか。	はい ・ いいえ											
	申請書を提出した者 ※障害者本人以外の時は記入	フリガナ	本人との関係			住 所							
	氏名				電話 ()								
		印											

市町記入欄

台帳番号								手帳更新欄の残数	残4・残3・残2・残1・残なし ※更新・等級変更申請のみ記入			
------	--	--	--	--	--	--	--	----------	-----------------------------------	--	--	--

交付決定の決裁所属記入欄

※新規手帳番号							※障害者手帳等級決定
---------	--	--	--	--	--	--	------------



(市町受理印)

※御提出いただいた個人情報、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による申請に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。