

## 精神障害者保健福祉手帳交付(更新, 等級変更)申請書

(あて先)福岡市長

年 月 日

次のように精神障害者保健福祉手帳に係る(新規交付・更新・障がい等級変更・福岡市外からの転居に伴う住所の変更による交付)を申請します。

申請者	フリガナ						生年	大・昭・平・令			年齢	
	氏名						月日	年	月	日生	歳	
(精神障がい者本人)	住所										電話	
	個人番号											
家族等の連絡先	氏名				続柄		住所					電話
添付書類 (○印)	[ ]	医師の診断書				既存の手帳の有効期限			年	月	日	
	[ ]	年金証書等の写し( 級)				既存の手帳番号						
	[ ]	特別障害給付金受給資格者証等の写し( 級)				既存の障がい等級			級			
	[ ]	写 真										
[ ]	精神障害者保健福祉手帳											
申請書を提出した者	氏名				本人との関係		住所					電話

- (注) 1 手帳の新規交付, 更新又は障がい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」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「国庫金振込通知書」(国庫金送金通知書)の写しが必要です。
- 2 年金証書等の写しによる申請の場合は, 障がい等級の判定のために申請者から同意書の提出を求め, 年金事務所又は各共済組合等に対し, 年金の障がい等級を照会することがあります。
- 3 写真(縦4cm×横3cm)は, 脱帽して上半身を写したもの(申請者の申出により, 市長が, 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, 1年以内に撮影したものであること。

各区受付印

精神保健福祉センター