

精神障害者保健福祉手帳交付申請書

(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。

精神障害者本人	フリガナ											生年	大・昭・平・令				年齢				
	氏 名											月 日	年	月	日 生	歳					
	住 所																				
	電話																				
個 人 番 号																					
添 付 書 類 (○印)	[]	医師の診断書(手帳用)										既存の手帳の有効期限				年	月	日			
	[]	・年金証書等の写し(級)【*】 ・同意書																			
	[]	・特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)【*】 ・同意書										既存の手帳番号									
	[]	写 真																			
	[]	精神障害者保健福祉手帳										既存の障がい等級				級					
	【*】はマイナンバー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不要)																				

※以下は、精神障がい者本人が18歳未満の場合記入

家族等の連絡先	フリガナ	続 柄		住 所	□精神障がい者本人と同じ			
	氏 名				電話			

申請書を提出した者	□精神障がい者本人 □上記の家族等 ※左記以外の場合は以下に記入						
	フリガナ	本人との関係		住 所	電話		
氏 名							

(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 マイナンバー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又は年金証書等の写し若しくは特別障害給付金受給者資格者証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。

受付印

精神保健福祉センター