|  |  |
| --- | --- |
| ※市町村名 |  |
| ※受理年月日 | 年　　月　　日 |

障害者手帳交付申請書

様式第4号（第15条関係）

写真貼付

（セロテープを輪にして貼付）

上半身、脱帽、正面

1年以内の写真

縦4ｃｍ

横3ｃｍ

(裏に氏名を記入)

島根県知事　殿

　年　　月　　日

　精神障害者保健福祉手帳(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条)について申請します。

(該当するものに○印を付すること。)

　〔新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の区域を越える住所変更〕

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者本人 | フリガナ |  | 生 年月 日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | 電 話番 号 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 添付書類(○印) | ・医師の診断書【＊】・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（【＊】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、添付不要） |
| 既存の手帳 | ※有効期限 |  | ※手帳番号 |  |
| ※以下は、精神障害者本人が18歳未満の場合記入 |
| 家族等の連絡先 | フリガナ |  | 本人との続柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　□精神障害者本人に同じ | 電 話番 号 |  |
|  |
| 申請書を提出した者 | □精神障害者本人 □上記の家族等　　※左記以外の場合は以下に記入 |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  〒　　　　　　　　　　　□精神障害者本人に同じ□上記の家族等に同じ | 電 話番 号 |  |

（注）1　新規交付、更新又は障害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」、「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。（ただし、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、添付不要）

※自立支援医療費（精神通院医療）受給者番号　　〔　　　　　　　　　　　　　　　〕

　　　2　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又は年金証書等の写し若しくは特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために日本年金機構島根事務センター、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　申請書に貼付する写真は、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等で覆うことを認める場合を除き、脱帽したものとしてください。

　　　4　※の欄は、記入しないでください。鉛筆、消えるボールペン等での記入はしないでください。