

※ 受理年月日	年 月 日
---------	-------

## 障害者手帳申請書

魚沼市長 様

年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。

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

**（新規交付・更新・障害等級変更・市の区域を越える住所変更による手帳交付）**

申請者 精神 障害者 本人	ふりがな											生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏 名												
	住 所	〒  (電話)											
	個人番号						-						
家族の 連絡先 (申請者 が18歳 未満の 場合記入)	ふりがな											本人との続柄	
	氏 名												
	住 所	〒  (電話)											
添付書類	1 医師の診断書（手帳用） 2 年金証書等の写し（ 級）・同意書 3 特別障害給付金受給者証等の写し（ 級）・同意書 4 写真（縦4cm × 横3cm）												
既存手帳	※有効期限	令和	年	月	日	※手帳番号							
申請書 を提出 した者	ふりがな											本人との続柄	
	氏 名												
	住 所	〒  (電話)											

添付書類（以下のいずれか）

- 1 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用）
- 2 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
- 3 特別障害給付金受給資格者証（特別障害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

注1 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲んで下さい。

- 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証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又は各共済組合等の実施機関に対し、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。

手帳受取方法 希望に○ ※原則①～③	①福祉支援課で受取	②北部事務所で受取	③郵送	その他 ( )
	本庁舎(小出島910番地)1階 福祉支援課 障がい福祉係	北部庁舎 (旧守門庁舎)	切手を添付 (簡易書留料金)	