

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳申請書

年 月 日

(宛先) 三条市長

住 所  
 申請者 氏 名  
 精神障害者との続柄 ( )

私は、次の事項（○印）について申請します。

( 新規交付・更新・障害等級変更・市外からの住所変更による手帳交付 )

精神障害者本人	ふりがな							生 年		
	氏 名							月 日	年 月 日	
	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（精神障害者保健福祉手帳用） 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	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（次のいずれかを提出してください。）

- 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 ※印欄は、記入しないでください。

2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲んでください。

3 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年金事務所、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ので、照会に関する同意書を添付してください。

4 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分かる範囲で頭部を布等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としてください。