

<h2 style="margin: 0;">障害者手帳交付申請書</h2>		※市町名 ※受理年月日		年 月 日		
愛媛県知事		<h1 style="margin: 0;">様</h1>		年 月 日		
		住所 申請者 氏名		印		
申請事項	精神障害者保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 都道府県間の住所変更による手帳交付)					
精神障害者	フリガナ 氏名	個人番号 ()	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	居住地	電話 ()
保護者	氏名		患者との続柄		住所	電話 ()
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書等 (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 (級) <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) <input type="checkbox"/> 写真 (縦4センチメートル×横3センチメートル)					
交付を受けている手帳・受給者証の有効期限	年 月 日	交付を受けている手帳の手帳番号			自立支援医療費の受給者番号	
申請書を提出した者	氏名		患者との続柄		住所	電話 ()
注意1 ※印の箇所は、記入しないでください。 注意2 記名押印に代えて署名することができます。 注意3 □のある欄は、該当する□の中に√印を付してください。 注意4 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請をする場合は、診断書 (精神障害者保健福祉手帳用) (様式第22号) 又は年金証書等の写し及び写真 (縦4センチメートル×横3センチメートル、脱帽して上半身を写したもので1年以内に撮影したもの) を添付してください。						