

受理年月日
※市町村受理印

障害者手帳申請書

鹿児島県知事 殿

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・都道府県間の住所変更による手帳交付 〕

（申請事項を○で囲んでください）

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ							生 年	大・昭・平・令			
	氏 名							月 日	年 月 日			
	住 所	〒 ー						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)	フリガナ					本人との 続柄 (○印)	父 母	兄弟姉妹	祖父母			
	氏 名						その他 ()					
	住 所	〒 ー						電話 ()				
添付書類 (○印)	<p>【診断書申請】・<u>医師の診断書(手帳用/原本)</u></p> <p>【年金証書申請】・<u>年金証書(写し)</u>，<u>特別障害給付金受給資格者証(写し)</u>等*1</p> <p>・<u>同意書(様式D-16)</u>*2</p> <p>【共通】・<u>写真(縦4cm×横3cm)</u>：以下の理由がない場合は添付不要 (・新規・障害等級変更・再発行・更新記入欄なしに伴う台紙交換)*3</p>											
既存の手帳	有効期限	年 月 末日				手帳番号						
申請書を 提出した者	氏 名					本人との 関係			住 所	電話 ()		

*1 障害基礎年金番号のわかる書類。「年金支給通知書」等の写しでも可です。

*2 年金証書申請では、マイナンバーによって確認できる年金関係情報により障害等級の判定を行います。判定できない場合には、年金事務所や各共済組合等へ照会を行います。

同意書に「障害年金の支給機関」，「障害年金証書の記号番号」が正しく記入されている場合は、年金証書(写)等の添付は不要です。

*3 写真添付の理由を○で囲んでください。

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、県知事が、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などで覆うことを認める場合を除く。)で、1年以内に撮影をしたものを添付してください。また、写真の裏面に「市町村名」「氏名」を必ず記入してください。