

4 枚綴り

別記第 8 号様式（第 2 条関係）

※ ☐ 再交付

※市町村受付年月日

障害者手帳申請書

熊本県知事様

年 月 日
(押印又は記入)

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の精神障害者保健福祉手帳の
(1 新規交付 2 更新 3 障害等級変更 4 他の都道府県又は熊本市からの住所
変更による手帳交付) について申請します。(該当する項目を○で囲む。)

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ氏名					生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日			
	個人番号									
	住所					電話 ()				
家族等の 連絡先 (申請者が18歳 未満の場合記入)	フリガナ氏名	本人との 続柄 (○印)		父 母 子 配偶者 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()						
	住所	電話 ()								
添付書類 (○印)	・医師の診断書(手帳用)【*】 ・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 ・写真(手帳に写真を表示しないことを希望する場合、次の□にレ印を記入 □) ・県外手帳の写し(級) (備考1 ただし書に該当する場合、【*】の書類は添付不要です。)									
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 ()					
備考 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、添付書類として、次の(1)から(3)までに掲げるいずれかの書類が必要です。ただし、精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けており、かつ、個人番号を活用した情報連携により知事が当該年金関係情報を取得することに同意する場合は、添付不要です。 (1) 医師の診断書 (2) 障害年金(精神)の年金証書(再発行手続中の場合は、年金裁定通知書)及びその直近の振込(支払)通知書の写し (3) 特別障害給付金受給資格者証(精神)及びその直近の国庫金振込(送金)通知書の写し 2 個人番号を活用した情報連携により知事が年金関係情報を取得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年金事務所又は各共済組合等に対し年金の障害等級等を照会することがありますので、申請窓口(市町村)の指示に従って同意書を提出してください。 3 写真(縦4センチメートル×横3センチメートル)は、脱帽して上半身を写したもの(申請者の申出により、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などで覆うことを知事が認める場合を除く。)で、1年以内に撮影したものを添付してください。 4 ※の欄は、記入しないでください。										

1 提出用(1~4)を申請者の居住地を管轄する市町村に提出してください。)