様式第３４号の２（第30条関係）

精神障害者保健福祉手帳交付等申請書

市町村受理年月日	年　　月　　日

年　　月　　日

福島県知事

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき、下記のとおり精神障害者保健福祉手帳の交付を申請します。

申請区分	１　新規交付　　２　更新　　３　障害等級変更　　４　都道府県間の住所変更			
申請者（精神障害者本人）	フリガナ 氏名		生年月日	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）	フリガナ 氏名		本人との続柄	
	住所	〒	電話	
添付書類（○印）	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資格者証等の写し（　　級）・同意書 ４　写真（縦４㎝×横３㎝）			

本人以外が申請する場合は下記を記載する。

申請書を提出した者	氏名		本人との関係	
	住所	〒	電話	

（注）１　手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「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」又は「特別障害給付金受給資格者証」（特別障害者給付金支給決定通知書）及び国庫金振込通知書（国庫金送金通知書の写し）が必要です。

２　年金証書等の写し又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、年金の障害等級を照会することがあります。

３　写真（縦４㎝×横３㎝）は、脱帽して上半身を写したもので、１年以内に撮影をしたものであること。

市町村担当者確認

既存の手帳	※有効期限	年　　月末日	※等級		※手帳番号						
※自立支援医療同時申請	有　・　無	連絡事項・備考									