

別記様式第14号（規格A4）（第9条、第9条の2関係）

障害者手帳申請書

※市町村名						
※受理年月日		年	月	日		
※整理番号						

群馬県知事 様

令和 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条に規定する精神障害者
 保健福祉手帳の

- ・新規交付
- ・更新
- ・障害等級変更
- ・他の都道府県からの住所変更による手帳交付
 （申請項目を○で囲んでください。）

本人写真
縦4cm×横3cm 脱帽・上半身
（仮止め） 裏面に氏名記入

申請者 （精神障害者本人）	フリガナ 氏名	-----			生年	明・大・昭・平						
		印			月日	年 月 日						
	住所	〒群馬県吾妻郡東吾妻町大字									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 氏名	-----			本人との 続柄 (○印)	父子配偶者 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()						
	住所	〒群馬県吾妻郡東吾妻町大字									電話	()
添付書類 (○印)	・診断書（精神障害者保健福祉手帳用） ・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 ・精神障害者保健福祉手帳（ 級） ・写真（撮影年月日 年 月 日 縦4cm×横3cm）											
既存の手帳	有効期限	年 月 末日			手帳番号							
自立支援医療 (精神通院)	有効期限	年 月 末日			受給者番号							
申請書を 提出した者	氏名	印			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、「診断書（精神障害者保健福祉手帳用）」（別記様式第15号）、「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）及び直近の国庫金振込通知書（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ので、「同意書」（別記様式第16号）を添付してください。
- 3 写真（縦4cm×横3cm）は、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としてください。
 なお、新規交付、更新、障害等級変更又は他の都道府県からの住所変更による手帳交付のいずれの申請をする場合も写真の添付が必要です。
- 4 ※印の欄は、受付機関において使用しますので、記入しないでください。