

※市町村名
※受理年月日

年 月 日

障害者手帳交付申請書

茨城県知事 殿

写 真
縦4 cm×横3 cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

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 ・ 都道府県又は指定都市間の住所変更による交付]
（申請項目を○で囲んでください）
また、障害者手帳の様式については、[紙様式 ・ カード様式]を希望します。
（交付を希望する様式を○で囲んでください。）

精神障害者 本人	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名		電 話 番 号	
	住 所	〒		
	個人番号			
添付書類 (○印)	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（手帳用）【*】 <input type="checkbox"/> 年金証書等の写し（ 級）【*】 ・ 同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級）【*】 ・ 同意書 <input type="checkbox"/> 写真 （【*】はマイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には添付不要）			
既存の手帳	※有効期限		※手帳番号	
※以下は、精神障害者本人が18歳未満の場合記入				
家族等の 連絡先	フリガナ		本人との 続柄	
	氏 名		電 話 番 号	
	住 所	〒	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人に同じ	
申請書を提出した者	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人 <input type="checkbox"/> 上記の家族等 ※左記以外の場合は以下に記入			
	氏 名		本人との 関係	
	住 所	〒	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人に同じ <input type="checkbox"/> 上記の家族等に同じ	
			電 話 番 号	

- (注)
- 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。
（ただし、マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には、添付は不要です。）
 - マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握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者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。
 - 写真は、脱帽して上半身を写したもの（申請者の申出により、茨城県知事が、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年以内に撮影したものであること。
なお、紙様式の場合には、縦4cm×横3cm、カード様式の場合には、加工が可能な大きさの写真を提出してください。
 - ※の欄は記入しないでください。