（別紙様式１－1）

※保健所名	
※市町村名	
※受理年月日	年　月　日
※市町村担当者本人確認欄	□

障害者手帳申請書

（宛　先）秋田県知事

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〕

（申請項目を○で囲んでください）

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				
	住所	〒　－ 電話　（　）												
	個人番号													
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 精神障害者保健福祉手帳（　級） 写真（縦４ｃｍ×横３ｃｍ） （【＊】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、添付不要）													
既存の手帳	※有効期限	年　月　末日					※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 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	〒　－　□精神障害者本人と同じ 電話　（　）		

申請書を提出した者	□精神障害者本人　□上記の家族等　※左記以外の場合は以下に記入			
	フリガナ 氏名		本人との関係	
	住所	〒　－　□精神障害者本人と同じ　□上記の家族等と同じ 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。（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、添付不要。）

２　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、都道府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。

４　※の欄は記載しないでください。