

<h2 style="margin: 0;">障害者手帳交付申請書</h2> <p style="font-size: 2em; margin: 20px 0;">様</p> <p style="margin: 0;">愛媛県知事</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">※市町名</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>※受理年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">住所 申請者 氏名</p>	※市町名		※受理年月日	年 月 日
※市町名					
※受理年月日	年 月 日				

申請事項	精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 都道府県間の住所変更による手帳交付）													
精神障害者	フリガナ 氏名		性	<input type="checkbox"/> 男	生年	明・大・昭・平		居住地						
	個人番号		別	<input type="checkbox"/> 女	月日	年 月 日			電話	()				
保護者	氏名				患者との続柄				住所					
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 年金証書等（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（ 級） <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級） <input type="checkbox"/> 写真（縦4センチメートル×横3センチメートル）													
交付を受けている手帳・受給者証の有効期限	年 月 日	交付を受けている手帳の手帳番号							自立支援医療費の受給者番号					
申請書を提出した者	氏名				患者との続柄				住所					

- 注意1 ※印の箇所は、記入しないでください。
- 注意2 記名押印に代えて署名することができます。
- 注意3 □のある欄は、該当する□の中に✓印を付してください。
- 注意4 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請をする場合は、診断書（精神障害者保健福祉手帳用）（様式第22号）又は年金証書等の写し及び写真（縦4センチメートル×横3センチメートル、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）を添付してください。