

# 障害者手帳申請書

堺市長 様

令和 年 月 日

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に関し、次の事項について申請します。

**写 真**  
 (たて4cm、よこ3cm)  
 (1)上半身・腕帽(※)  
 (2)原則として1年以内に撮影したもの  
 (3)写真の裏面に氏名を記入してください。  
 (4)写真はのりづけしないで、裏向きにしてゼロハンテープ等でとめてください。

4cm  
3cm

該当する項目に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	(1) 精神障害者保健福祉手帳の新規交付申請
<input type="checkbox"/>	(2) 精神障害者保健福祉手帳の更新申請
<input type="checkbox"/>	(3) 他市町村からの居住地変更による交付申請
<input type="checkbox"/>	(4) 障害等級の変更の申請

申請者	フリガナ					生年 月日	大正・昭和・平成・令和			
	氏名						年	月	日	
(障害者本人)	個人番号									
	住所	堺市	区							電話 ( )
居住地の変更の申請者のみ記入	変更前の住所					変更年月日	令和	年	月	日
家族の連絡先	氏名			続柄		住所	電話 ( )			
添付書類(○印)	1. 医師の診断書					既存の手帳の有効期限	令和	年	月	日
	2. 年金証書等の写し ( 級)					既存の手帳の手帳番号	第	号		
	3. 照会同意書					既存の手帳の等級	級			
	4. 写真(精神障害者保健福祉手帳貼付用)									
5. 精神障害者保健福祉手帳の写し										
申請書を提出した者	氏名				本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	住所	電話 ( )		

(備考)

- 新規交付、更新又は障害等級変更の申請は「医師の診断書に基づく申請」又は「精神障害のための障害年金や特別障害給付金の受給に基づく申請」のいずれかになります。
- 「医師の診断書に基づく申請」の場合、診断書の記載内容について、堺市から医療機関に対し照会を行うことがあります。
- 「障害年金等の受給に基づく申請」の場合、障害等級の判定のためにマイナンバーを利用して年金関係情報を確認します。ただし、必要に応じて、日本年金機構等に対する文書照会で確認することがあるため、申請時に「同意書」を提出してください。なお、確認した年金等の障害等級が手帳の等級となります。
- この申請書にかかる各申請には、手帳貼付用の写真が必要となります。なお、(※)において、申請者の申出により、市長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うことを認める場合を除きます。

堺市使用欄（ここから下の欄は記入しないでください。）

個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	担当者	<input type="checkbox"/> 郵送
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

受付印	受理印

申請区分	<input type="checkbox"/> 手帳単独申請 <input type="checkbox"/> 医療同時申請
備考	<input type="checkbox"/> 送付先
審査日	
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 ( 級) <input type="checkbox"/> 不承認 (前回等級 級)
特記事項	
手帳番号	
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
備考	