様式第１号

※受理年月日	年　月　日

障害者手帳申請書

新発田市長様

平成　　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・市の区域を越える住所変更による手帳交付)

申請者精神障害者本人	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日
	氏名			
	住所	〒 (電話)		
	個人番号			
家族等の連絡先(申請者が 18 歳未満の場合記入)	ふりがな		本人との続柄	
	氏名			
	住所	〒 (電話)		
添付書類	1　医師の診断書(手帳用) 2　年金証書等の写し(　級)・同意書 3　特別障害給付金受給者証等の写し(　級)・同意書 4　写真(縦 4cm×横 3cm)			
既存手帳	※有効期限	年　月　日	※手帳番号	
申請書を提出した者	ふりがな		本人との続柄	
	氏名			
	住所	〒 (電話)		

添付書類(以下のいずれか)

1　医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)

2　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

3　特別障害給付金受給資格者証(特別障害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

注1　※印欄は、記入しないで下さい。

2　選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲んで下さい。

3　年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証の写しによる申請の場合は、障害等級等の判定のために年金事務所、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、照会に関する同意書を添付してください。

4　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、新潟県知事が、宗教上又は医療用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。