

※市 町 村 名	市 ・ 町 ・ 村
※受付年月日	年 月 日

(表面)

障 害 者 手 帳 申 請 書

宮城県知事 殿

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 4 5 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。)

申 請 者 (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	都道府県	市区	町村							
	個 人 番 号										
家 族 等 の 連 絡 先 (申請者が 18 歳未満の 場合記入)	フリガナ					本人との 続柄 (○印)	父 母 兄弟姉妹 祖父母 その他 ()				
	氏 名										
	住 所	都道府県	市区	町村							
	電話番号	()									
添 付 書 類 (○ 印)	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資格者証等の写し (級) 【*】・同意書 4 写真（縦 4cm×横 3cm）										
既存の手帳	※有効 期限	平 成 / 令 和 年 月 末 日		※手帳 番号							
申請書を提出した者	氏 名			本人との 関係		住 所	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」、「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）及び直近の国庫金振り込み通知書（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）。
- 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又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で、1 年以内に撮影したものであること。ただし、申請者の申出により、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ものとする。
- 4 ※の欄は記入しないでください。
- 5 必ず裏面の「個人番号確認シート」を市町村担当者が記入の上、進達してください。

(裏面)

【市町村記載】 個人番号確認シート

※不備がある場合、県受付不可。

- 1 申請方法及び申請者について、下の該当するものの□に✓を入れること。

- (1) 申請方法 ☐ 対面 ☐ 郵送 ☐ オンライン ☐ 電話

- (2) 申請者 ☐ 本人 ☐ 代理人

- 2 個人番号の収集に用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

☐ 個人番号カード
☐ 旧通知カード ※現「個人番号通知書」は、個人番号を証する書類とはならないことに留意する。
☐ 個人番号が記載された住民票の写しまたは住民票記載事項証明書
☐ 住民基本台帳システム ※原則使用しないこと ※住民基本台帳システムを用いる場合は、下の全てに留意し、全ての□に✓を入れること。 ☐ 他の方法による番号確認が困難であると認められた、又は記載事項の不備として個人番号の記載を申請者に求めたが記載されなかった。 ☐ 氏名・生年月日・住所の3情報以上を用いて照会し、個人番号を収集した。
☐ その他※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。 ()

- 3 身元確認で用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

☐ 個人番号カード	
☐ 写真付き身分証明書（障害者手帳を含む） …	1 点
☐ 写真無し身分証明書または公的書類 ……………	2 点
1 点目（	）
2 点目（	）
☐ その他 ※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。 （	）

- 4 個人番号の収集が不可能である場合は、その理由を記載すること。

市町村担当者 押印（サイン）欄

受付担当者	進達担当者