

<h2 style="margin: 0;">障害者手帳交付申請書</h2>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">※市町名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>※受理年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table>		※市町名		※受理年月日	年 月 日
※市町名							
※受理年月日	年 月 日						
愛媛県知事		<h1 style="margin: 0;">様</h1>					
		住所 申請者 氏名					
		年 月 日					
		印					
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	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 居住地				
			電話 ()				
保護者	氏名	患者との 続柄	住所				
			電話 ()				
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				
			電話 ()				
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 <input type="checkbox"/> のある欄は、該当する <input type="checkbox"/> 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。							