

（記入例） 赤で囲っている部分を記入してください。

障害者手帳交付申請書

申請日を記入してください。

令和4年1月31日

千葉県知事様

次の事項（○印）について、申請します。

該当する箇所にも○をしてください。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条による障害者手帳

- （○）新規
- （ ）更新
- （ ）障害等級変更
- （ ）他の都道府県又は千葉市からの住所変更による手帳交付

申請者 （精神障害者本人）	氏名	カナ	フナハシ	イチロウ	生年月日	年	月	日					
		（濁点は1マスを使い、氏と名の間は1マスあけてください。）			大・昭	4	5	0					
	漢字	船橋	一郎		平・令		1	3					
								1					
住所	郵便番号	2	7	4	—	8	5	0	1	船橋市	町	電話番号	
	字名地番	湊	町	2	丁目	1	0	番	2	5	号	047	
	方書	船橋市役所ビル	2	0	1	号						(436)	
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	2729

添付書類 （○印）	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（手帳用）	既存の手帳の有効期限	※
	<input type="checkbox"/> 年金証書等の写し（ <input type="checkbox"/> 級） 同意書	既存の手帳の手帳	
	<input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者等の写し（ <input type="checkbox"/> 級） 同意書	前回の審査状況	
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳（ <input type="checkbox"/> 級） <input type="checkbox"/> 写真（縦4cm×横3cm）		

障害者の氏名、生年月日、住所、電話番号、個人番号（マイナンバー）を記入してください。

手帳受領者 （○印） 本人 （代行者）	代行者	氏名	船橋市障害福祉課	障害者との関係	行政機関	電話番号							
		住所	郵便番号	2	7	3	—	8	5	0	1	千葉県船橋市湊町	047
													(436)
													2729

手帳ができた通知を受け取る方が本人ならば本人に○をしてください。

本人以外が通知を受け取る場合は代行者に○をしてください。

手帳は市役所2階の障害福祉課の窓口で手帳ができた通知と引き換えにお渡しいたします。

手帳を郵送で受け取りたい場合は代行者に○をし、代行者欄は記載例のとおり、障害福祉課を指定してください。簡易書留でご本人様あてに郵送いたします。

本人以外が手帳ができた通知を受け取る場合、代行者欄を記入してください。記載された代行者あてに通知が郵送されます。

代行者の氏名、住所、障害者との関係、電話番号を記入してください。

手帳を郵送で受け取りたい場合は記載例のとおり、障害福祉課を指定してください。簡易書留でご本人様あてに郵送いたします。

記入に当たっては、黒又は青のボールペンを使用してください。