

**（記入例）赤枠の中**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6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。

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

該当する箇所には○をしてください。

（○）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（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						
	氏名	(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	1	3	1		
	漢字	船橋 一郎				平・令								
	住所	郵便番号	2	7	4	—	8	5	0	1	船橋市	町村	電話番号	
	住所	字名地番	湊	町	2	丁目	1	0	番	2	5	号	047 (436) 2729	
住所	方書	船橋市役所ビル201号												
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
添付書類（○印）	( ) 医師の診断書（手帳用） ( ) 年金証書等の写し（ ）級 既存の手 ( ) 同意書 ( ) 特別障害給付金受給資格者等の写し（ ）級 既存の手 ( ) 同意書 ( ) 障害者手帳（ ）級 前回の審査状況 診・年・他（ ）級 ※ ( ) 写真（縦4cm×横3cm）													
手帳受領者（○印）	氏名	船橋市										障害者との関係	電話番号	
本人（代行者）	住所	郵便番号												( )
県処理欄	承認 令 ま													

障害者の氏名（自署）、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。

手帳の受け取り方法を指定してください。

本人が受け取りたい場合

- ①郵送希望 →代行者欄に○をつけ、右枠の氏名欄に「船橋市」と記入してください。  
②窓口交付希望 →本人欄に○をつけてください。

本人以外が受け取りたい場合

代行者に「○」をつけ、右枠に代行者の氏名、住所、障害者との関係、電話番号を記入してください。

※郵送希望の場合は、特定記録により送付いたします。  
※窓口交付希望の場合は、手帳の準備ができましたら通知を送付いたします。その通知を市役所2階の障害福祉課でご提示ください。