第十六号様式（第十八条第一項）

障害者手帳交付申請書

年　　月　　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条による障害者手帳の

（　　）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

㊟前回の申請内容と異なる場合は、右の□にレ印を付けてください。

＜申請者本人＞	氏名	カナ		生年月日	年	月	日
		（濁点は１マス使い、氏と名の間は１マスあけてください。）		大・昭 平・令			
		漢字					
	住所	郵便番号	松戸	市郡	町村	電話番号	
		字名地番					
		方書					
	個人番号						

添付書類（○印）	（　　）医師の診断書（手帳用） （　　）年金証書等の写し　（　　級） 同意書 （　　）特別障害者給付金受給資格者証等の写し（　　級） 同意書 （　　）障害者手帳　（　　級） （　　）写真（縦4cm×横3cm）	既存の手帳の有効期限	※
		既存の手帳の手帳番号	※
		前回の審査状況　診・年・他　（　　）級	※

手帳受領者（○印） 本人（　） 代行者（　）	代行者	氏名	障害者との関係		電話番号
		住所　郵便番号			

県処理欄※	障害等級	級	承認期間	令和		から	令和					まで

市町村受理印　※

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」が必要です。

2　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社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の等級を照会することがあります。

3　写真は脱帽していて上半身を写したもの（申請者の申出により、知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分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を添付してください。

4　※の欄は記入しないでください。

5　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。

0602