様式第24号の２（第15条関係）

障害者手帳交付申請書	※市町名
	※受理年月日　　年　　月　　日

（宛先）
滋賀県知事

年　　月　　日

私は、次の事項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 氏　名		生年月日	年　　月　　日
	住　所	〒　　－ 電話　　（　　）		
	個人番号			
	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。			□
家族等の連絡先（申請者が18歳未満の場合記入）	フリガナ 氏　名		本人との続柄（○印）	父　母　　兄弟姉妹　　祖父母 その他（　　）
	住　所	〒　　－　　□申請者住所と同じ 電話　　（　　）		
添付書類（○印）	医師の診断書（手帳用） 年金証書等の写し・同意書 特別障害給付金受給資格者証の写し（　級）・同意書 精神障害者保健福祉手帳 写真（縦４cm×横３cm）			
既存の手帳	有効期限	年　　月　　日	手帳番号	
申請書を提出した者	フリガナ 氏　名		本人との関係	住所　□申請者と同じ 〒　　－ 電話　　（　　）

注１　手帳の新規交付、更新また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」または「障害年金の年金証書、年金裁定通知書および直近の振込（支払）通知書の写し」もしくは「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）およ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　年金証書等の写しまた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また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（申請者の申出により、滋賀県知事が、宗教上また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としてください。
４　※の欄は、記入しないでください。
５　用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。