障　害　者　手　帳　申　請　書

京　都　府　知　事　様

令和　　年　　月　　日

私は、次の事項（〇印）について申請します。（申請項目を〇で囲んでください）
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 〕

申請者（本人）	フリガナ		明・大・昭・平・令　年　月　日生	
	氏名			
	住所	（〒　　―　　）	※コード	
			電話　（　　）	
	個人番号			
家族等の連絡先（申請者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		本人との続柄（〇印）	父母　兄弟姉妹　祖父母　その他（　　）
	氏名			
	住所	（〒　　―　　）	※コード	
			電話　（　　）	
添付書類（〇印）	医師の診断書（手帳用）・（診断書内容の確認が必要な場合、京都府から医療機関に直接お問い合せします。） 年金証書等の写し（　　級）・同意書 特別障害給付金受給資格者証等の写し（　　級）・同意書 写真（縦４㎝×横３㎝）			

既存の手帳	有効期限	令和　年　月　末日	手帳番号									等級	級

申請書を提出した者	氏名		本人との関係		住所	
					電話　（　　）	

※市町村受付		※京都府受付		※備考	

①京都府提出用　②市町村控　③申請者控

（注）　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」又は、「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」又は「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）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日本年金機構又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会します。

3　写真（縦４㎝×横３㎝）は、脱帽して上半身を写したもの（申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわ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であること。

4　※の欄は記入しないでください。

用紙の大きさは日本産業規格A4とすること