

市町村受理印

福島県知事

申 請 区 分	1 新規交付	2 更新	3 障害等級変更	4 都道府県間の住所変更									
申 請 者 (精神障害者 本人)	フリガナ				生年月日	大正・昭和・平成・令和							
	氏 名												
	個人番号												年 月 日
	住 所	〒						電話					
家族の連絡先 (申請者が18歳 未満の場合)	フリガナ				本人との 続柄								
	氏 名												
	住 所	〒			電 話								
添付書類 (○印)	1 医師の診断書 (手帳用) 2 年金証書等の写し (級) ・同意書 3 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) ・同意書 4 写真 (縦 4 cm×横 3 cm) (□写真添付希望なし)												

申請書を提出した者	氏 名		本人との関係	
	住 所	〒	電 話	

3 写真（縦4 cm×横3 cm）は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影をしたものであること。

既 存 の 手 帳	※有効期限	年 月 末日	※等 級		※手帳番号						
※自立支援医療 同時申請 □有 ・ □無	個人番号確認 □済 □マイナンバーカード □住民基本台帳 □その他 ()		備考								