

※証明書発行	あり ・ なし
※自立支援医療	同時申請 ・ なし
※旅客運賃減額	追記希望確認済

様式第1号（第2条、第3条関係）

障がい者手帳申請書

十日町市長 様 令和 年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。

（新規交付・更新・障がい等級変更・市外からの住所変更による手帳交付）

申請者 〔障がい者 本人〕	ふりがな							生	大・昭・平・令 年 月 日					
	氏名							年 月 日						
	住所	〒 — <電話> —												
	個人番号													
家族の連絡先 〔申請者が 18歳未満 の場合〕	ふりがな							本人との続柄						
	氏名													
	住所	〒 — <電話> —												
添付書類	1 医師の診断書（手帳用） 2 年金証書等の写し（ 級 ） ・ 同意書 3 特別障がい給付金受給者証等の写し（ 級 ） ・ 同意書 4 写真（縦4cm×横3cm）													
既存手帳	※有効期限	年 月 日			※手帳番号									
申請書を 提出した者	ふりがな							本人との続柄						
	氏名													
	住所	〒 — <電話> —												

添付書類（以下のいずれか）

- 1 医師の診断書（精神障がい者保健福祉手帳用）
- 2 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
- 3 特別障がい給付金受給資格者証（特別障がい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

注1 ※印欄は、記入しないでください。
2 年金証書等の写し又は特別障がい給付金受給資格者証の写しによる申請の場合は、障がい等級の判定のために社会保険事務所、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。