

(第1号様式) (第3条関係)

カード形式障害者手帳交付申請書

年 月 日

(あて先) 川崎市

申請書を提出する人 _____ (続柄) _____

住 所 _____

電話番号 (日中連絡先) _____

裏面の注意事項を確認の上、カード形式の障害者手帳 (以下「カード型手帳」という) の交付を希望するので、以下の書類を添えて申請します。

(添付書類) 顔写真 (4×3cm、脱帽して1年以内に撮ったもの)

※ 写真の裏にお名前を記入してください。

※ 手帳を重複でお持ちの場合、カード形式を希望する手帳の枚数分御用意ください。

| | | | |
|-------------------------------|--|------|-------|
| 障 害 者 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | 区 | | |
| 保護者氏名・続柄等 (精神障害者保健福祉手帳を除く) | (身体障害者手帳は本人が15歳未満の児童の場合、療育手帳は本人が18歳未満の児童の場合、または上記手帳の本人が児童以外であっても保護者情報の印字を希望する場合に記入すること) 保護者氏名 _____ 居住地 (本人と異なる場合のみ記入) 本人から見た続柄 () | | |
| 確認事項 | <input type="checkbox"/> 私は、申請書裏面の「※注意事項」について内容を確認しました。 (確認しましたら、□にチェックしてください。) | | |
| カード形式を希望する手帳 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (手帳を重複してお持ちの場合は、希望する手帳全てにチェックしてください。) | | |
| お知らせ送付先住所 ※希望の方のみ | お知らせ通知の送付先を上記の住所以外に変えたい場合は、御記入ください。 区 | | |

事務処理欄 (申請者は記入不要)

| | | |
|------------|--|--------------|
| 区・福祉事務所受理印 | 共通確認事項 <input type="checkbox"/> 再認定・再判定・更新・変更が半年以内でない <input type="checkbox"/> 通知送付先システム入力確認済 <input type="checkbox"/> 申請内容システム入力確認済 <input type="checkbox"/> 通知送付元確認済 (<input type="checkbox"/> 区・福祉事務所から送付) 身体障害者手帳・療育手帳に関する確認事項 <input type="checkbox"/> 福祉世帯情報の保護者情報のシステム入力確認済 身体障害者手帳に関する確認事項 <input type="checkbox"/> 印字される障害区分をシステムにて確認済 | 総リハ総務・判定課受理印 |
| 備考 | <input type="checkbox"/> 入力内容確認済 事業者提出 | |

(裏面)

※ 注 意 事 項

下記について、確認・同意がいただけない項目がある場合は、引き続き紙の手帳を御使用ください。
なお、郵送で申請された場合には、申請内容についてお電話等で確認させていただくことがあります。

1 共通確認事項

- (1) お手元の手帳について、この申請書を提出しようとする日から、半年以内に手帳の次の再認定や再判定、更新（以下「更新等」という）がないことを御確認ください。
(半年以内にある場合には、その手続きの際に、併せてカード型手帳の交付手続きについて御相談ください。)
- (2) 顔写真は白黒で表示されます。(写真をカラーで提出いただいても、カード型手帳には白黒で表示されます。)
また、顔写真の背景を白くするなど一部画像の処理を行います。
- (3) カード型手帳と紙の手帳は、同時に所持できず、紙形式の手帳と交換となります。
- (4) カード型手帳は、紙の手帳と比べて、交付までにお時間を要します。
- (5) カード型手帳の発行をすることで、例えば自動車税の減免を受けている場合に市税事務所又は県税事務所での手続きが改めて必要となるなど、その他の手続きが発生する場合があります。

2 カード形式を希望する手帳が「身体障害者手帳」、「療育手帳」の場合の追加確認事項

身体障害者手帳は本人が15歳未満の児童の場合、療育手帳は本人が18歳未満の児童の場合、カードの表面に保護者情報（保護者氏名・住所）が印字されます。また、通知の送付先も保護者宛となります。

上記手帳の本人が児童以外であっても保護者情報の印字を希望する場合は、本申請書の「保護者氏名・続柄等（精神障害者保健福祉手帳を除く）」欄に必要事項を記入してください。

3 カード形式を希望する手帳が「身体障害者手帳」の場合の追加確認事項

カード形式の身体障害者手帳に印字される障害名は「視覚障害1級」、「肢体不自由1級」といった簡易な表記になります。詳細な障害名が入った手帳を希望する場合は、従来の紙の手帳を御使用ください。（印字される障害名につきましては、事前に窓口などで御確認ください。）

なお、市外転出の手続きなどで詳細な障害名が確認できる書類が必要となった場合は、「障害証明書」を請求いただくことが可能です。

【カード型手帳に記載される簡易な障害名の例】

| | | | | |
|----------|---------|-------------|--------|--------|
| 視覚障害 | 視力障害 | 視野障害 | 聴覚機能障害 | 平衡機能障害 |
| 音声機能障害 | 言語機能障害 | そしゃく機能障害 | | |
| 上肢不自由 | 下肢不自由 | 体幹機能障害 | 上肢機能障害 | 移動機能障害 |
| 心臓機能障害 | じん臓機能障害 | 呼吸器機能障害 | | |
| ぼうこう機能障害 | 直腸機能障害 | ぼうこう・直腸機能障害 | 小腸機能障害 | |
| 免疫機能障害 | 肝臓機能障害 | | | |