

| | |
|--------|-------|
| ※市町村名 | 中津市 |
| ※受理年月日 | 年 月 日 |

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

大分県知事 殿

令和 年 月 日

私は、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について、次の事項(○印)の届出・申請をします。

- 1 [① 都道府県内における住所変更、② 都道府県を越える住所変更、③ 氏名の変更]の届出

(変更内容)

| | 住所 | 氏名 |
|---|----|------|
| 旧 | | フリガナ |
| 新 | | フリガナ |

- 2 [① 汚れ、② 破り、③ 紛失、④ 様式変更]のための再交付の申請

※希望する様式にチェックをお願いします。

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 紙様式 写真あり | <input type="checkbox"/> カード様式 写真あり |
| <input type="checkbox"/> 紙様式 写真なし | <input type="checkbox"/> カード様式 写真なし |

| | | |
|------------------|---------|--|
| 申請者 (精神障害者本人) | 氏名 | |
| | 生年月日 | |
| | 住所 | |
| | 個人番号 | |
| | 現行の手帳番号 | |

(注) 都道府県の区域を越える住所を変更したときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。