

※市町名
※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

長崎県知事 様

平成 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)

旧	
新	

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失]したため再交付の申請

- 3 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

申請者 氏 名 ⑩

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変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出して下さい。