|  |  |
| --- | --- |
| ※市町村名 |  |
| ※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

**自由記載２**

写 真

縦4㎝×横3㎝

脱帽・上半身

一年以内に

撮影したもの

**貼付しないで提出してください**

（別紙様式７）

都道府県知事・指定都市市長　殿

　　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。

**自由記載１**

**固定文言１**

１　[　①都道府県又は指定都市内における住所変更、②都道府県又は指定都市を越える住所変更、③氏名の変更　]

**固定文言２**

の届出

（変更内容）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 旧 | 住 所 |  |
| 氏 名 |  |
| 新 |  | |

２　[　①汚れ、②破り、③紛失、④その他（　　　　　　　　　　　　）]　したため再交付の申請

**固定文言３**

３　手帳の様式を変更するための再交付申請

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者  (精神障害者本人) | フリガナ | |  | | | | | | | 生 年  月 日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | | | 電 話  番 号 | | | （　　　　） | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 現 行 の  手帳番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書を  提出した者 | 氏 名 |  | | | | | | | | 本人と  の関係 | | |  | | | |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ | | | | | | | | 電 話  番 号 | | | （　　　　） | | | |

（注）都道府県又は指定都市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ください。

**自由記載３**

**固定文言４**