

※市町村名
※受理年月日 平成 年 月 日
※市町村担当者本人確認欄 <input type="checkbox"/>

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

(あて先) 秋田県知事

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書

申請者 氏 名 印
生年月日 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。
※は記入しないでください。