

※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。