

(別紙様式4)

※市町村名

※受理年月日

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都道府県を超える住所変更、 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、 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 氏 名 印
生年月日
住 所
個人番号
現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を超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。