

※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

沖縄県知事殿

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、届出・申請をします。（数字およびカタカナに○印をつける）

- 1 [(ア) 都道府県内における住所変更、(イ) 都道府県を越える住所変更、(ウ) 氏名の変更]の届出

(内容変更)

旧	
新	

- 2 [(ア) 汚れ、(イ) 破り、(ウ) 紛失] したため再交付の申請

- 3 旧様式（写真貼付無し）から新様式（写真貼付有り）へ変更するための再交付の申請

申請者（障害者本人）

氏名 印

生年月日

住所

現行の手帳番号

有効期限 まで

代理人 印

(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ください。

(①提出用)