

精神障害者保健福祉手帳

記載事項変更届

再発行申請書

市 町 受 付 印 欄			
受理日	年	月	日

申請者提出日

石 川 県 知 事 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。

- 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

(住所及び氏名変更内容)

旧	
新	

- 2 [①汚れ、②破れ、③紛失] したための再交付の申請

- 3 写真貼付なしから写真貼付有りへ変更するための再交付の申請

精神障害者本人 氏 名

生年月日 年 月 日生

住 所

電 話 ()

個人番号

現行の手帳番号 _____

(注) 都道府県の地域を超える住所変更したときは、本届書のほかに手帳交付の申請書を提出して下さい。

