

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

市町村受付年月日

熊本県知事 殿

年 月 日

届出・申請者 住所

氏名

個人番号

現行の手帳番号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条第 1 項の精神障害者保健福祉手帳について、次のとおり届出・申請をします。

1 〔1 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)

旧	
新	

2 〔1 汚れ 2 破り 3 紛失 4 更新欄の満了 5 その他・写真貼付希望〕による再交付の申請

備考

- 1 この様式中不要の文字は、使途に従い抹消してください。
- 2 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、都道府県間の住所変更に伴う手帳交付の申請書を提出してください。