

※市町村名

※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

岩手県知事 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都道府県又は指定都市内における住所変更、②都道府県又は指定都市を越える住所変更、③氏名の変更] の届出
(変更内容)

旧	住所	
	氏名	
新		

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失、④その他 ()] したため再交付の申請

精神障害者 本人	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
	個人番号			
現行の手帳番号				

申請書を 提出した者	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人 ※精神障害者本人以外の場合は以下に記入			
	氏名		本人との関係	
	住所	〒	<input type="checkbox"/> 精神障害者本人に同じ	電話番号

(注) 都道府県又は指定都市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。