

山口県知事 様

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。

- | | |
|------|--|
| フリガナ | |
| 旧 | |
| フリガナ | |
| 新 | |

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失]したための再発行の申請
3 有効期限の更新欄がなくなったための再発行の申請
4 その他（ ）

氏 名

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

住所 〒

個人番号

[illegible]

現行の手帳番号

--	--	--	--	--

現行の手帳の有効期限 令和 年 月 日

(注) 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、本届出書のほかに、障害者手帳申請書と写真を1枚提出してください。