※ 市	写真な	市町受付印									
市町記入欄	更新申請等他の手 ますか。(該当する ・行っている ⇒ ・行っていない										
	受理年月日 (受付印に日付があれた	年	類を○で <u></u> 月			-					
	受取場所(本庁	由宇	周東	玖珂	美和	錦	美川	本郷)			

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

山口県知事 様

令和 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都道府県を越える住所変更、③氏名の変更] の届出

(変更内容)

フリガナ	
IΒ	
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(

精神障害者本人

氏 名

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

住 所 〒

個人番号						
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。