

※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

茨城県知事 殿

写 真
縦4 cm×横3 cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

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

3 手帳の様式を変更するための再交付申請

精神障害者 本人	フリガナ								生 年 日	年 月 日		
	氏 名								生 月 日			
	住 所	〒							電 話 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 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。