

※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								電話番号				
	住所	〒											
	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。