

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

福岡県精神保健福祉センター所長 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 記載事項変更の届出

- (1) 都道府県内における住所変更
- (2) 都道府県（政令市含む）を越える住所変更

※注 都道府県（政令市含む）の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、都道府県間の住所変更に伴う手帳交付又は患者票交付の申請書を提出してください。

- (3) 氏名の変更  
(変更内容)

変更前	フリガナ
変更後	フリガナ

2 再発行の申請

- (1) 汚損
- (2) 破損
- (3) 紛失
- (4) 更新後有効期限記載箇所の満載による再交付
- (5) 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するため

(申請者) 住所 (〒            -            )

氏名  
(生年月日            年            月            日)  
個人番号  
手帳番号

市町村受付印