（別紙様式７）

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

　福岡県知事　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　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

（３）氏名の変更

（注）都道府県（政令指定都市を含む）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、手帳交付の申請書を提出して下さい。

（変更内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 変更後 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

２　再発行の申請

（１）汚損

（２）破損

（３）紛失

　（４）記載箇所の満載による再発行

　（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：手帳所持者）  氏名  　（生年月日　　　　　年　　　月　　日）  住所　（〒　　　　－　　）    　個人番号  　　　　　手帳番号 | 市町村受付印 |
|  |