

(別紙様式 5)

※市 町 村 名
※受理年月日 年 月 日
※市町村担当者本人確認欄 ☐

障害者手帳記載事項變更届・再交付申請書

(宛 先) 秋田県知事

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氏名変更〕
の届出

変更内容

旧	
新	

- 2 〔①汚れ、②破り、③紛失〕したため再交付の申請
- 3 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請書

精神障害者本人 氏 名
生年月日 年 月 日
住 所 〒 ー
個人番号 ー
現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える住所を変更したときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。

※は記入しないでください。