

※市町村名			
※受理年月日	年	月	日

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

宮崎県知事 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条の規定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氏名の変更] 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

申請者 氏 名
住 所
個人番号
現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、障害者手帳申請書を提出してください。