

(別紙様式4)

※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

長野県知事 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	電話 ()

- 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

申請者 氏 名 印
住 所
個人番号
現行の手帳番号 号

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