

(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

令和 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 [ 都道府県内における住所変更、 都道府県を越える住所変更、 氏名の変更 ] の届出

(変更内容)

旧	
新	

2 [ 汚れ、 破り、 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

住 所

生年月日

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、手帳交付の申請書を提出して下さい。