

(別紙様式 7)

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

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 4 5 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	フリガナ
変更後	フリガナ

2 再発行の申請

- (1) 汚損
- (2) 破損
- (3) 紛失
- (4) 更新後有効期限記載箇所の満載による再交付
- (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