

※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

沖縄県知事 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、届出・申請をします（数字及びカタカナに○印をつける）。

- 1 [(ア) 都道府県内における住所変更、(イ) 都道府県を越える住所変更、(ウ) 氏名の変更]の届出

(変更内容)

旧	
新	

- 2 [(ア) 汚れ、 (イ) 破り、 (ウ) 紛失] したため再交付の申請
- 3 旧様式（写真貼付無し）から新様式（写真貼付有り）へ変更するための再交付の申請

申請者（障害者本人）

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、本届出書のほかに、手帳交付の申請書を提出して下さい。