

障害者手帳記載事項変更届
・再交付申請書

埼玉県知事 様

市町村名	所沢市
整理番号	
收受印	

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（該当に ）の届出・申請をします。

- 1 ・手帳所持者本人の 住所変更 氏名変更
（変更内容）

旧	
新	

- ・手帳所持者家族の 住所変更 氏名変更
（変更内容）

旧	
新	

- 2 再交付申請（理由 汚れ 破り 紛失 ）したため

- 3 写真なしから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

氏 名

住 所 所沢市

生年月日

年 月 日

手帳番号

0						
---	--	--	--	--	--	--

都道府県間の変更には使用できません。

再交付申請の場合は、写真（3cm×4cm、撮影1年以内、上半身無帽）を添付