

障害者手帳記載事項等変更届

・再交付申請書

(宛先)

埼玉県知事

※市町村名	所沢市
※整理番号	208
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 ①住所変更 ②氏名変更 ③その他変更

変更前	変更後
	変更日 平成 年 月 日

・手帳所持者家族の ①住所変更 ②氏名変更 ③その他変更

変更前	変更後
	変更日 平成 年 月 日

2 再交付申請（理由 ①汚れ ②破り ③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 _____
生年月日 _____ 年 月 日
手帳番号 _____
個人番号 _____

※ 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