

※市町村名

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

青森県知事

殿

平成 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 〔①都道府県内における住所変更、②都道府県を越える住所変更、③氏名の変更〕
の届出
(変更内容)

旧	
新	
変更年月日	年 月 日

- 2 〔①汚れ、②破り、③紛失〕したための再交付の申請
- 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の申請

申請者 氏名
住所
電話番号
現行の手帳番号

印

- (注) 1. 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、精神障害者保健福祉手帳交付（精神障害状態認定）申請書を提出してください。
2. ※印の箇所は記入しないこと。