様式第27号（第17条関係）

|  |
| --- |
| ※ 市町名 |
| ※ 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

（宛先）

　滋賀県知事

　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．記載事項の変更　①都道府県内における住所変更　の届出

　　　　　　　　　　②都道府県を越える住所変更

　　　　　　　　　　③氏名の変更

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変  更  内  容 | 変更前（旧） | 変更後（新） | 変更年月日 |
|  |  |  |

２．再交付の申請　　（　申請理由　①汚れ　・　②破り　・　③紛失　　）

年　　月　　日

申請者　　住所　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名

（生年月日　　　年　　　月　　　日）

個　人　番　号

現行の手帳番号

注　1　　用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

　　　2　　都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、この変更届のほかに、障害者手帳交付申請書（別記様式第24号の２）を提出してください。