

※ 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
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	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

精神障害者本人      住所   〒      ー

フリガナ  
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。