

※ 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 〒 —

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A4用紙とする。
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。