

(別紙様式 5)

※市町村名
※受理年月日                      年      月      日
※市町村担当者本人確認欄 <input type="checkbox"/>

## 障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

(宛 先) 秋田県知事

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氏名変更] の届出

変更内容

旧	
新	

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失] したため再交付の申請
- 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申請書

申請者 氏 名  
          生年月日                      年      月      日  
          住 所 〒                      —  
  
          個人番号                      —                      —  
          現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える住所を変更したときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。  
※は記入しないでください。