様式９号

記入例6
（再発行申請）

※市町名	受付印
※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

長崎県知事　様

令和　　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（〇印）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氏名の変更］の届出
（変更内容）

旧	記載不要
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

2，3の該当項目を〇で囲む。

申請者　氏　名 ……

住　所 ……

生年月日 ……

個人番号

現行の手帳番号