様式９号

※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

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（○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	
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

申請者　氏　　名 ……㊞

住　　所 ……

生年月日 ……

個人番号 | | | | | | | | | | | | |

現行の手帳番号 | | | | | |