

# 障害者手帳記載事項等変更届 ・再交付申請書

(宛先)  
埼玉県知事

※市町村名	
※整理番号	
收受印	

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の（記載事項変更 ・ 記載事項変更を伴う再交付）について届出・申請をします。

## 1 手帳所持者本人の（①住所変更 ②氏名変更 ③その他変更）

変更前	変更後
	変更日 年 月 日

## 手帳所持者家族の（①住所変更 ②氏名変更 ③その他変更）

変更前	変更後
	変更日 年 月 日

## 2 再交付申請（理由 ①汚損したため ②破損したため ③紛失したため ④写真貼付なしから写真貼付ありへ変更するため）

ふりがな	
氏名	
住所	〒
生年月日	年 月 日
手帳番号	
個人番号	

※ 都道府県間の変更には使用できません。

※ 再交付申請の場合は、写真（3cm×4cm、撮影1年以内、上半身無帽）を添付