

年 月 日

島根県知事 様

届出・申請者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

手帳番号									有効期限	年	月	日
------	--	--	--	--	--	--	--	--	------	---	---	---

精神障害者保健福祉手帳変更届・再交付申請書

次の事項について、届出・申請をします。(該当するものに○印を付すること。)

- 1 精神保健福祉手帳(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条)の記載事項の変更

(氏名・住所〔県内における住所変更・都道府県間の区域を越える住所変更〕)

[変更内容]

変更年月日	年	月	日
	変更前		変更後
氏名			
住所			

- 2 精神障害者保健福祉手帳の再交付

[再交付の理由](該当するものに○印を付すること。)

①汚れ            ②破れ            ③紛失

④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

※届出・申請書を提出した者(届出・申請者本人と異なる場合に記入)

提出者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

のりづけ
写真貼付
上半身、脱帽、正面
1年以内の写真
横3センチメートル
縦4センチメートル
(裏に氏名を記入)

- (注) 1 記載事項の変更の場合は、当該手帳を添付してください。  
 2 都道府県の区域を越える住所変更の場合は、本届書のほかに、手帳交付申請書を提出してください。  
 3 再交付の場合は、写真を貼付してください。  
 4 届出・申請者及び提出者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。