様式第25号（第20条関係）

|  |
| --- |
| ※市町村名 |
| ※受理年月日　　　　年　　月　　日 |

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

　宮崎県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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条の規定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。

|  |  |
| --- | --- |
| 旧 |  |
| 新 |  |

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 氏名の変更］の届出

（変更内容）

２　［　①　汚れ、②　破り、③　紛失　］したため再交付の申請

　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　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変更をしたときは、本届書のほかに、障害者手帳申請書を提出してください。