

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再交付申請書

年 月 日

福島県知事

氏 名  
（本人との続柄）  
届出者・申請者  
住 所

電話番号

|                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |                          |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--------------------------|
| フリガナ              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年<br>月 日 | 大正・昭和・平成・令和<br><br>年 月 日 |
| 氏 名<br>（精神障害者本人）  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |                          |
| 個人番号<br>（精神障害者本人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 手帳<br>番号  |                          |

1 変更届  
精神障害者保健福祉手帳の記載事項について、次のとおり変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条 第 2 項 第 4 項 の規定に基づき届け出ます。

|           |       |       |   |  |  |     |       |  |  |  |  |  |
|-----------|-------|-------|---|--|--|-----|-------|--|--|--|--|--|
| 変 更 の 内 容 | 変 更 前 | 氏 名   |   |  |  |     |       |  |  |  |  |  |
|           |       | 住 所   | 〒 |  |  |     |       |  |  |  |  |  |
|           | 変 更 後 | 氏 名   |   |  |  |     |       |  |  |  |  |  |
|           |       | 住 所   | 〒 |  |  |     |       |  |  |  |  |  |
| 変 更 年 月 日 | 氏 名   | 年 月 日 |   |  |  | 住 所 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |

注意 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が手帳の記載事項を変更しようとするときは、現在交付を受けている手帳を添付してください。

2 再交付申請  
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条第 1 項の規定により、精神障害者手帳の再交付を申請します。  
再交付の理由 ※ 該当するものに○を付けること。  
1 破損 2 汚損 3 紛失 4 写真貼付

注意 破損又は汚損の場合には、その手帳を添付してください。

自治体記入欄

|             |                                          |    |         |
|-------------|------------------------------------------|----|---------|
| 市 町 村 収 受 印 | 個人番号確認<br>□済                             | 備考 | 県 確 認 印 |
|             | □マイナンバー<br>カード<br>□住民基本台帳<br>□その他<br>( ) |    |         |