

(様式第 1 3 号)

※市町村名
※受理年月日 年 月 日

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

鳥取県知事 様

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都道府県の区域を越える住所変更
 ③氏名の変更] の届出

(変更内容)

旧	
新	

- 2 [①汚れ ②破れ ③紛失] たための再交付の申請

申請者 氏名

住所

現行の手帳番号

○印

備考 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・通院医療費公費負担申請書を提出してください。