

※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

鹿児島県知事 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。

- 1 [(1)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 前の 内容	
変更 後の 内容	

- 2 [(1)汚れた (2)破れた (3)紛失した (4)台紙交換の] ための再交付の申請

申請者
(精神障害者本人)

フリガナ
氏名

住所

生年月日 大・昭・平・令
年 月 日

個人番号

手帳番号

電話番号

備考 1 県の区域を越える住所変更をしたときは、本届のほかに、手帳交付の申請書を提出すること。

2 ※の欄は記入しないこと。

3 申請者氏名は自署又は記名捺印とする。