

市町受付印

<見本>

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

令和●年 ●●月 ●●日

(宛先) 箕面市長

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の[住所・氏名の変更、再交付]に
ついて申請します。

いずれかに○

希望される
手帳の交付形式

カード・紙

写真
(たて4cm、よこ3cm)

(1) 脱帽・上半身
(2) 原則として1年以内
に撮影したもの
(3) 写真の裏面にボール
ペンで氏名を記入して
ください。
(4) 写真はのりづけせず、
裏返しにしてセロテープ
で仮止めしてください。

申請者 〔障害者本人〕	フリガナ 氏名	ミ/オ タロウ 箕面 太郎		生年月日 平成●●年 ●●月 ●●日	
	住所	大阪府箕面市 萱野5丁目8番1号			
	電話	072 (727) 9506			
	個人番号	●●●● ●●●● ●●●●			
手帳の有効期限		令和●年 ●●月 ●●日			
手帳番号		● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
申請書 (届出書) を提出 した者	氏名	箕面 太郎		本人と の関係 (✓印)	<input type="checkbox"/> 本人
	住所	同上			<input type="checkbox"/> 家族
	電話	()		<input type="checkbox"/> 医療機関職員()	<input type="checkbox"/> その他()
変 更		変 更 前		変 更 後	
	氏名			上記と同じ	
	住所			上記と同じ	
	変更年月日	年 月 日			
再 交 付	再交付を 受ける理由	1 破損		2 汚損	
		3 紛失		4 その他 (理由:)	

- (注) 1 変更内容は、変更部分のみ記入して下さい。
 2 変更の場合は、精神障害者保健福祉手帳の写しを添付して下さい。
 3 再交付の場合は、写真を添付して下さい。
 4 再交付の場合は、運転免許証やパスポートなど本人証明となるものを提示することにより、個人番号の記載を省略することができます。
 5 他府県・他市町村からの住所変更の場合は、障害者手帳申請書(居住地の変更の届出書)を提出して下さい。

いずれかに○