様式第２号（第８条、第１０条関係）

市町受付印

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

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。

希望する手帳の交付形式
カード・紙

写真
（たて4㎝、よこ3㎝）
(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		生年月日 年　月　日	
	住　所	大阪府箕面市 電話　（　）		
	個人番号			
手帳の有効期限		年　月　日		
手帳番号				
申請書（届出書）を提出した者	氏　名		本人との関係（✓印）	□ 本人 □ 家族 □ 医療機関職員（　） □ その他（　）
	住　所	電話　（　）		

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であることが確認できる書類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。