

記載例

市町村名	多賀城市 No.
受付年月日	令和 年 月 日

(表面)

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再交付申請書

宮城県知事 殿

令和 年 月 日

私は、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 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4項の規定による都道府県の区域を越える住所変更の届出
- 2 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項の規定による（①県内における住所の変更 ②氏名の変更）の届出

(変更内容)

旧	
新	

- 3 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項の規定による（①汚れ ②破り ③紛失）したための再交付の申請
- 4 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付の申請

申請者 氏名 **多賀城 太郎**
住所 **多賀城市中央二丁目1番1号**
個人番号 **1234 5678 9012**
現行の手帳番号 **12345**

(注)

- (1) 1に該当する場合は、本届書のほか、障害者手帳申請書（様式第67号）を提出してください。
- (2) 必ず裏面の「個人番号確認シート」を市町村担当者が記入の上、進達してください。