

精神障害者保健福祉手帳 記載事項変更届・再発行申請書

三重県知事 宛て

市町受付欄

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条第1項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 〔①三重県内における住所変更、②三重県外からの住所変更、③氏名の変更〕の届出
（該当項目を○で囲んでください。）

（変更内容）

	住 所	氏 名
旧		
新		
変更年月日	年 月 日	年 月 日

- 2 〔①汚損、②破損、③紛失〕したための再交付の申請
（該当項目を○で囲んでください。）

- 3 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 千
住 所
氏 名
電話番号
手帳所持者との関係
手帳所持者名
手帳所持者個人番号
現行の手帳番号

確認欄	<input type="checkbox"/> 番号確認(正しい個人番号が入力されているか)	<input type="checkbox"/> 本人確認(その個人番号が付番されている方か)
-----	---	---

備考

- 1 失った手帳を発見したときは、速やかに市町役場を通じて三重県知事に返還すること。
- 2 三重県外からの住所変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出すること。
- 3 写真有りへの変更を申請する場合は、顔写真1枚（横3cm×縦4cm。脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの。カラー、白黒、スナップ写真可。）を添付のこと。ただし、申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。
- 4 申請時又は手帳交付時に旧手帳を必ず返還すること。