

(別紙様式4)

※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

長野県知事 殿

令和 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都道府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

(変更内容)

旧	
新	

2 [①汚れ、②破り、③紛失] したため再交付の申請

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申請

申請者 氏 名

住 所

生年月日

個人番号

現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える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して下さい。

松本市処理欄

番号確認書類	身元確認書類 (写真付きは1点・なし2点)	その他	受付者
個人番号カード 通知カード 住民票 その他 () 職権で番号確認承諾	個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 パスポート 保険証 診察券 その他 ()	交付方法 <input type="checkbox"/> 郵送(再発行のみ)・ <input type="checkbox"/> 窓口 送付先 <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> その他→台帳付表必要 交付場所 <input type="checkbox"/> 本庁・ <input type="checkbox"/> 西部	