

(様式第13号)

※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

鳥取県知事 平井 伸治 様

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条の規定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 都道府県の区域を越える住所変更 |
| ③ 氏名の変更の届出 |

(変更内容)

旧	
新	

- 2 【 ① 汚れ ② 破れ ③ 紛失したための再交付の申請 ④ その他】

申請者 氏 名 ①
住 所 日野郡江府町大字
個人番号
現行の手帳番号

備考 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、障害者手帳・通院医療費公費負担申請書を提出してください。