

精神障害者保健福祉手帳
記載事項変更届

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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〔氏名・住所〕の変更を届け出ます。

届出者 (精神障害者本人)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 奈良県	電話 ()	
	個人番号			
既存の手帳の有効期限		年 月 日		
既存の手帳の手帳番号				
変更内容	フリガナ 氏名	変更前	変更後	
	住所		上記と同じ	
添付書類	既存の手帳の写し 添付できない理由(例:紛失したため)			
希望始期	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県間の住所変更の場合に記載してください。 市町村受理日前30日以内の日です。 記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。 		年 月 日	

- (注) 1 変更内容は、変更部分だけを記載してください。
 2 手帳の写しを添付してください。手帳の写しが添付できない場合は、その理由を記載してください。紛失等の為に手帳の写しを添付できない場合は、再交付申請も同時にしてください。
 3 都道府県間の住所変更をしたときは、本届書のほかに、精神障害者保健福祉手帳交付申請書を提出してください。
 4 氏名変更及び都道府県間の住所変更の場合は、手帳を交付しますので、写真を提出してください。(特段の理由により写真貼付を希望しない場合は除きます。)写真は、市町村受理日前1年以内に撮影した申請者を特定できる無帽、正面、縁なしで顔が写真全長の概ね2/3、無背景(陰のないもの)で申請者のみ撮影されているもの。縦4cm、横3cmで裏面に、氏名及び市町村名を記載してください。
 5 太線枠内が未記載の場合は、市町村が記載してください。
 6 ※の欄は、届出者は記載しないでください。(※の欄は、市町村が記入してください。)

※市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他 ()
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元(実存)の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他 ()
<input type="checkbox"/> 代理人の申請の場合にあっては、代理権の確認	1 戸籍謄本(法定代理人の場合) 2 委任状(任意代理人の場合) 3 その他 ()