

※市町村名		
※受理年月日	年	月 日

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

群馬県知事 あて

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条に規定する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 群馬県内における住所変更、 ② 他の都道府県からの住所変更、
③ 氏名の変更] の届出

(変更内容)

旧	
新	

- 2 [① 汚れた、② 破れた、③ 紛失した] ための再交付の申請

- 3 写真貼付なしから写真貼付ありへ変更するための再交付の申請

本人写真 縦4cm×横3cm 脱帽・上半身 (仮止め) ※裏面に氏名記入
--

申請者 干

住所

氏名

印

個人番号

現行の手帳番号

注1 既存の障害者手帳又はその写し（※紛失した場合を除く。）と本人写真を添付してください。

2 他の都道府県からの住所変更の場合は、本届書のほか、障害者手帳申請書（別記様式第14号）に本人写真を添付して提出してください。