

市町村名 多賀城市 No.
受付年月日 令和 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再交付申請書

宮城県知事 殿

令和 年 月 日

私は、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 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条第 4 項の規定による都道府県の区域を越える住所変更の届出
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条第 2 項の規定による
（①県内における住所の変更 ②氏名の変更）の届出
（変更内容）

旧	
新	

- 3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条第 1 項の規定による
（①汚れ ②破り ③紛失）したための再交付の申請
- 4 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 氏 名 印
住 所
個人番号
現行の手帳番号

（注） 1 に該当する場合は、本届書のほか、障害者手帳申請書（様式第 6 3 号）を提出してください。