

# 障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

受付年月日 ※(受付印)
-----------------

熊本市長 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 [ 市内における住所変更 ・ 市外からの転入による住所変更 ・ 氏名の変更 ] の届出  
(変更内容)

旧	
新	

2 [ 汚れ ・ 破り ・ 紛失 ・ 更新欄の満了 ・ その他(写真貼付希望・ ) ]  
したための再交付の申請

申請者

住所

氏名

印

個人番号

--

現行の手帳番号

注1 市外からの転入による住所変更をしたときは、本届書のほかに、障害者手帳申請書を提出してください。  
2 ※の欄は、記入しないでください。