

精神障害者保健福祉手帳  
記載事項変更届・再発行申請書

市町村受付欄

三重県知事 宛て

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条第1項に基づく精神障害者保健福祉手帳に  
いて、次の事項（○印）の届出・申請をします。

- 1 〔①三重県内における住所変更、②三重県外からの住所変更、③氏名の変更〕の届出  
（該当項目を○で囲んでください。）

（変更内容）

	住 所	氏 名
旧		
新		
変更年月日	年 月 日	年 月 日

- 2 〔①汚損、②破損、③紛失〕したための再交付の申請  
（該当項目を○で囲んでください。）

- 3 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

届出・申請者 印

住 所

氏 名

電話番号

手帳所持者との関係

手帳所持者名

手帳所持者個人番号

現行の手帳番号

備 考

- 1 失った受給者証を発見したときは、速やかに市町役場を通じて三重県知事に返還すること。
- 2 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにすること。
- 3 三重県外からの住所変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出すること。
- 4 写真有りへの変更を申請する場合は、顔写真1枚（縦4cm×横3cm。脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの。カラー、白黒、スナップ写真可。）を添付のこと。
- 5 申請時又は手帳交付時に旧手帳を必ず返還すること。