

※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 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 印

住 所 群馬県吾妻郡東吾妻町大字

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（※他の都道府県からの住所変更の場合を除く。）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、本届書のほかに、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。