

(別紙様式4)

※市町受付印	
--------	--

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

佐賀県知事様

平成 年 月 日

私は、精神障害者保健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 [①佐賀県内における住所変更、 ②都道府県を越える住所変更、 ③氏名の変更] の届出

(変更内容)

旧	台帳番号：
新	台帳番号：

- 2 [①汚れ、 ②破損、 ③紛失] したため再交付の申請

- 3 旧様式（写真貼付無し）から新様式（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
(手帳所持者名：)

住 所

現行の手帳番号 _____ 号

(市町) 台帳番号 _____

(注) 都道府県の区域を超える住所を変更したときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。