（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

令和　　　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（　紙　・　カード　）

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（　紙　・　カード　）

４　［　①紙からカード　②カードから紙　］へ変更するための再交付の申請

５　ＪＲ等運賃減額のため　（　紙　・　カード　）　※写真必須

申請者(障害者本人) 氏　名

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 住　所

個人番号

　　　 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。