

様式第 35 号の 2 (第 31 条関係)

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再交付申請書

年 月 日

福島県知事

氏 名
 (本人との続柄)
 届出者・申請者
 住 所
 個人番号

1 変更届

精神障害者保健福祉手帳の記載事項について、次のとおり変更がありましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条第 2 項の規定に基づき届け出ます。
 第 4 項

精神障害者 本人氏名			生年月日	年 月 日	
手帳番号					
変更の内容	変更前	氏名			
		住所	〒		
	変更後	氏名			
		住所	〒		
変更年月日	氏名	年 月 日	住所	年 月 日	

注意 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が手帳の記載事項を変更しようとするときは、現在交付を受けている手帳を添付してください。

2 再交付申請

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条第 1 項の規定により、精神障害者手帳の再交付を申請します。

再交付の理由 1 破損 2 汚損 3 紛失

※ 該当するものに○を付けること。

注意 破損又は汚損の場合には、その手帳を添付してください。

自治体記入欄

市 町 村 受 理 印	備 考	県 確 認 印