

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

(あて先) 千葉市長

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 条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、下記のとおり届出・申請をします。

障 害 者 手 帳 の 手 帳 番 号									
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更	☐ 市内における住所変更 ☐ 市外からの転入による住所変更 ☐ 氏名の変更											
再交付（理由）	☐ 汚 れ ☐ 破 れ ☐ 紛 失 ※ 写真（縦 4 cm×横 3 cm）は、脱帽（宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆う場合を除く）して上半身を写したもので、1 年以内に撮影したものを添付してください。											
※現在の氏名・住所 障害者本人（申請者）	フリガナ									生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名											
	個人番号									連 絡 先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —
	住 所	千葉市 区									電子メール アドレス	@

変更の場合は下記を記入する。

変 更 内 容		変 更 前	変 更 後
	氏 名		上 記 と 同 じ
	住 所		上 記 と 同 じ

障害者本人以外が申請手続を代行する場合は下記を記入する。

代 行 者	フリガナ									本人との関係	障害者本人から見て	
	氏 名											
	住 所	☐ 障害者本人と同じ（記入不要） ☐ 障害者本人とは別（以下に記入）								連 絡 先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —
											電子メール アドレス	@

(注) 市外からの転入による住所変更をしたときは、本届出書のほかに、障害者手帳申請書を提出してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

千葉市記入欄		保健福祉センター受理印
連絡事項 ・ 備 考	再交付通知送付先： ☐ 障害者本人 ☐ 代行者 ☐ その他（以下に記入）	