

精神障害者保健福祉手帳
記載事項変更届

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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の〔氏名・住所〕の変更を届け出ます。

届出者 (精神障害者本人)	フリガナ 氏 名	印 (自署又は記名押印)					生年月日	年 月 日				
	住 所	〒 奈良県 電話 ()										
	個人番号											
既存の手帳の有効期限		年 月 日										
既存の手帳の手帳番号												
変更内容		変 更 前							変 更 後			
	フリガナ 氏 名								上記と同じ			
	住 所								上記と同じ			
添付書類	既存の手帳の写し 添付できない理由（例：紛失したため）											
希望始期		・都道府県間の住所変更の場合に記載してください。 ・市町村受理日前30日以内の日です。 ・記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。					年 月 日					

- (注) 1 変更内容は、変更部分だけを記載してください。
2 手帳の写しを添付してください。手帳の写しが添付できない場合は、その理由を記載してください。紛失等の為に手帳の写しを添付できない場合は、再交付申請も同時にしてください。
3 都道府県間の住所変更をしたときは、本届書のほかに、精神障害者保健福祉手帳交付申請書を提出してください。
4 氏名変更及び都道府県間の住所変更の場合は、手帳を交付しますので、写真を提出してください。（特段の理由により写真貼付を希望しない場合は除きます。）写真は、市町村受理日の1年以内に撮影した申請者を特定できる無帽、正面、縁なしで顔が写真全長の概ね2/3、無背景（陰のないもの）で申請者のみ撮影されているもの。縦4cm、横3cmで裏面に、氏名及び市町村名を記載してください。
5 太線枠内が未記載の場合は、市町村が記載してください。
6 ※の欄は、届出者は記載しないでください。（※の欄は、市町村が記入してください。）

※市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

☐ 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他 ()
☐ 本人又は代理人の身元（実存）の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他 ()
☐ 代理人の届出の場合にあつては、代理権の確認	1 戸籍謄本（法定代理人の場合） 2 委任状（任意代理人の場合） 3 その他 ()