

(別紙様式4)

|        |       |
|--------|-------|
| ※市町村名  | 軽井沢町  |
| ※受理年月日 | 年 月 日 |

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

長野県知事 殿

令和 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、次の事項（○印）の届出・申請をします。

- 1 [①都道府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 |  |
| 新 |  |

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失] したため再交付の申請  
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申請

申請者 氏 名  
住 所  
生年月日  
個人番号  
現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出して下さい。