

## 障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

熊本県知事 様

※市町村受付年月日
年 月 日 (押印又は記入)
年 月 日

届出・申請者 住所  
氏名 印  
生年月日  
個人番号  
現行の手帳番号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の精神障害者保健福祉手帳について、次のとおり届出・申請をします。

- 1 〔① 県内における住所変更（熊本市からの住所変更を除く。） ② 他の都道府県又は熊本市からの住所変更 ③ 氏名の変更〕の届出  
(変更内容)

旧	
新	

- 2 〔① 汚損 ② 破損 ③ 紛失〕による再交付の申請

### 備考

- 上記1又は2のうち、該当する項目を○で囲んでください。
- 他の都道府県又は熊本市からの住所変更をしたときは、本届書のほか、障害者手帳申請書（別記第8号様式）を提出してください。
- 再交付申請の場合は、写真（縦4センチメートル×横3センチメートル。脱帽して上半身を写したもの（申請者の申出により、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを知事が認める場合を除く。）で、1年以内に撮影したもの。）を添付してください。ただし、手帳に写真を表示しないことを希望する場合は、次の□にレ印を記入し、写真の添付は不要です。

精神障害者保健福祉手帳に写真を表示しないことを希望します。 □

- 再交付申請において、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第30条第1項第2号に掲げる書類（運転免許証等）を提示する場合は、「個人番号」欄の記入を省略することができます。
- ※の欄は、記入しないでください。