第30号様式の３（第20条、第24条関係）

　　　　 市町村受付印　　　　　　 センター受付印

　　　　　　　　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

　高知県知事　様

精神障害者本人　住所

氏名

生年月日　　　　 　年　　月　　日

個人番号

現行の手帳番号 　　　　　　　　　　　号

　私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する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。

記

１　（氏名・県内での居住地・都道府県を越える居住地）の変更の届出

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |

２　（破れた・汚れた・なくした）ための再交付の申請

３　手帳の様式を変更する（写真が貼られていないものから貼られているものに変更する

　場合を含みます。）ための再交付の申請

注　１　番号及び括弧内の該当するものを○で囲んでください。

　　２　居住地を変更したときは、その日から30日以内に届け出てください。

　　３　都道府県を越える居住地の変更の場合は、精神障害者保健福祉手帳の交付申請を

　　　同時に行ってください。