**第30号様式の３**（第20条、第24条関係）

写真貼付欄

写真貼付欄

市町村受付印

センター受付印

のりづけ位置

のりづけ位置

　　　　　　　　　　　　　　　再交付申請で写真貼付希望の方は、こちらに写真をお貼りください。

　　　　　　　　　　　　　　（たて4㎝×よこ3㎝　脱帽して上半身を写した1年以内に撮影したもの）

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

届出者　住所

（申請者）

　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日

個人番号

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　（ 新たな更新欄がない ・ 写真の変更 ・ 写真貼付なしから貼付ありに変更 ・

その他（　　　　　　 　　　　　））の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　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。