

※市町村名		
※受理年月日	年	月 日

障害者手帳記載事項変更届・再交付申請書

群馬県知事 あて

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条に規定する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 群馬県内における住所変更、 ② 他の都道府県からの住所変更、 ③ 氏名の変更） の届出（変更内容）

旧	
新	

- 2 （○ ① 汚れた、 ② 破れた、 ③ 紛失した） ための再交付の申請

- 3 写真貼付なしから写真貼付ありへ変更するための再交付の申請

本人写真 縦4cm×横3cm 脱帽・上半身 (仮止め) ※裏面に氏名記入

申請者 氏
住所
氏名
生年月日（和暦）
個人番号（注3）
現行の手帳番号

- 注 1 既存の障害者手帳又はその写し（※紛失した場合を除く。）と本人写真（※他の都道府県からの住所変更の場合を除く。）を添付してください。
- 2 他の都道府県からの住所変更の場合は、本届書のほかに、障害者手帳申請書（別記様式第14号）に本人写真を添付して提出してください。
- 3 本人が再交付申請をする際に、次の(1)又は(2)の書類を掲示することにより、本人確認を行った場合には、個人番号の記載を省略することができます。
- (1) 以下の書類のうち1つ以上
ア 個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書
イ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等の措置が施され、群馬県知事が適当と認めるもの
- (2) 以下の書類のうち2つ以上
ア 医療保険被保険者証等、介護保険被保険者証、国民年金手帳、児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書
イ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、群馬県知事が適当と認めるもの