

茨城県知事 殿

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都道府県又は指定都市内における住所変更、②氏名の変更] の届出
（変更内容）

旧	住 所	
	氏 名	
新		

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失、④写真貼付有りへ変更、⑤その他（ ）]
したため再交付の申請

精神障害者 本人	フリガナ							生 年 月 日	年 月 日				
	氏 名												
	住 所	〒						電 話 番 号					
	個人番号												
現行の手帳番号													

申請書を 提出した者	□精神障害者本人 ※精神障害者本人以外の場合は以下に記入											
	氏 名							本人との関係				
	住 所	〒 □精神障害者本人に同じ						電 話 番 号				

（注）写真は、脱帽して上半身を写したもの（申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）で、1年以内に撮影したものであること。なお、写真（縦4 cm×横3 cm）裏面には、市町村名・氏名・生年月日を必ず記載してください。

個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能です。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は右ボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

☐