

市町村名	市・町・村
受付年月日	年 月 日

(表面)

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再交付申請書

宮城県知事 殿

年 月 日

私は、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 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条第 4 項の規定による都道府県の区域を越える住所変更の届出
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条第 2 項の規定による（①県内における住所の変更 ②氏名の変更）の届出

(変更内容)

旧	
新	

- 3 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 10 条第 1 項の規定による（①汚れ ②破り ③紛失）したための再交付の申請
- 4 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付の申請

申請者 氏 名
住 所
個人番号
現行の手帳番号

(注)

(1) 1 に該当する場合は、本届書のほかに、障害者手帳申請書（様式第 6 7 号）を提出してください。

(2) 必ず裏面の「個人番号確認シート」を市町村担当者が記入の上、進達してください。

(裏面)

【市町村記載】 個人番号確認シート

※不備がある場合、県受付不可。

1 申請方法及び申請者について、下の該当するものの□に✓を入れること。

(1) 申請方法 □ 対面 □ 郵送 □ オンライン □ 電話

(2) 申請者 □ 本人 □ 代理人

2 個人番号の収集に用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 旧通知カード ※現「個人番号通知書」は、個人番号を証する書類とはならないことに留意する。
<input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写しまたは住民票記載事項証明書
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳システム ※原則使用しないこと ※住民基本台帳システムを用いる場合は、下の全てに留意し、全ての□に✓を入れること。 <input type="checkbox"/> 他の方法による番号確認が困難であると認められた、又は記載事項の不備として個人番号の記載を申請者に求めたが記載されなかった。 <input type="checkbox"/> 氏名・生年月日・住所の3情報以上を用いて照会し、個人番号を収集した。
<input type="checkbox"/> その他※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。 ()

3 身元確認で用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 写真付き身分証明書（障害者手帳を含む） … 1点
<input type="checkbox"/> 写真無し身分証明書または公的書類 …… 2点 1点目 () 2点目 ()
<input type="checkbox"/> その他 ※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。 ()

4 個人番号の収集が不可能である場合は、その理由を記載すること。

()

市町村担当者 押印（サイン）欄

受付担当者	進達担当者