様式第５号（第12条関係）

年　　　月　　　日

　岩手県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　精神障害者本人　住所

氏名

個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

届出者（※精神障害者本人以外の者が届け出る場合に記入）

　　　　　　　　住所

　　　　　　　　氏名

居住地変更届・氏名変更届

　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、下記のとおり申請します。

記

１　手帳の交付を受けたもの

(１)　住所

(２)　氏名

(３)　現行の手帳番号

２　変更内容理由

(１)　変更前

(２)　変更後

注　都道府県の区域を超える居住地の変更をしたときは、この届書のほかに、都道府県間の居住地変更に伴う手

帳交付の申請書を提出してください。