様式第５号（第12条関係）

年　　月　　日

岩手県知事　様

申請者　住所

氏名

個人番号

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

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１　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。

注２　申請者氏名については、自筆による署名としてください。