

精神障害者保健福祉手帳 記載事項変更届

※市町村名
※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

平成 年 月 日

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の〔氏名・住所〕の変更を届け出ます。

届(精神障害者本人)	フリガナ 氏名	(印) (自署又は記名押印)			生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日	
	住所	奈良県大和高田市 電話 ()					
既存の手帳の有効期限	平成 年 月 日						
既存の手帳の番号							
変更内容		変 更 前				変 更 後	
	フリガナ 氏名					上記と同じ	
	住所	奈良県				上記と同じ	
添付書類	既存の手帳の写し 添付できない理由(例:紛失したため)						
希望始期	都道府県間の住所変更の場合に記載してください。 市町村受理日前1か月以内の日です。 記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。				平成 年 月 日		

- (注) 1 変更内容は、変更部分だけを記載してください。
 2 手帳の写しを添付してください。手帳の写しが添付できない場合は、その理由を記載してください。紛失等の為に障害者手帳の写しを添付できない場合は再交付します。
 3 都道府県間の住所変更をしたときは、本届書のほかに、精神障害者保健福祉手帳交付申請書を提出してください。
 4 ※の欄は記載しないでください。