

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

聖籠町長 様

申請者の住所
 申請者の氏名 ㊟
 申請者の個人番号
 現行の手帳番号 号

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 第4項 の規定により次のとおり届け出ます。

届出区分	精神障害者保健福祉手帳の				1 町の区域を越える住所変更 2 町の区域内の住所変更 3 氏名変更			
変更内容	旧							
	新							
※申請者の状況	氏名		新たな手帳番号	●	●	●	●	●
			既存の手帳番号	●	●	●	●	●
	住所	〒		個人番号				
	備考							

添付書類

- 1 手帳
- 2 町の区域を越える住所変更の場合にあつては、聖籠町精神障害者保健福祉手帳交付実施要領様式第1号により作成した書類

注1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。
 2 ※印欄は、記入しないこと。