

様式第3号(第3条関係)

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者の氏名：

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 市の区域を超える所変更 2 市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 市の区域を超える住所変更の場合は、糸魚川市精神障害者保健福祉手帳交付実施要綱第2条に規定する障害者手帳申請書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。