

※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

申請者の住所：_____

申請者の氏名：_____

申請者の電話番号：_____

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 市の区域を超える住所変更 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	☐ 申請者に同じ	新 た な 手帳番号							
			既 存 の 手帳番号							
	住所	☐ 申請者に同じ 〒		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○で囲んでください。

2 ※印欄は、記入しないでください。