

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

千葉県知事様

郵便番号(〒 -)

住所

届出者 氏名

(精神障害者本人)

個人番号

TEL

次の事項(○印)について届け出ます。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による障害者手帳の

() 県内における住所変更 () 他の都道府県からの住所変更

() 氏名の変更

手帳の番号								
障害者の氏名	フリガナ						生年月日	年 月 日
	変更の内容 (変更前) (変更後)							
確認欄 ※	訂正済				県処理欄 ※			

- 注 1 手帳の番号、障害者の氏名、生年月日及び個人番号は必ず記載してください。
- 2 ※の欄は記入しないでください。
- 3 他の都道府県からの住所変更の場合には、本届書のほかに、手帳の交付申請書を提出してください。

市町村受理印 ※