

様式第3号

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

摂津市長 様

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〕の変更について届け出ます。

届出者 〔障害者 本人〕	フリガナ 氏 名												
	個人番号												
	住 所	摂津市 電話 ()											
手 帳 の 有 効 期 限				年 月 日									
手 帳 番 号													
変 更 内 容		変 更 前						変 更 後					
	氏 名							上記と同じ					
	住 所							上記と同じ					
変 更 年 月 日		年 月 日											
届を提出 した者	氏 名					本 人 と の 関 係	本人 家族 医療機関職員() その他()						
	住 所	電話 ()											

- (注) 1 変更内容は、変更部分のみ記入してください。
2 精神障害者保健福祉手帳の写しを添付してください。
3 他の都道府県又は他の市町村から居住地を移した場合は、障害者手帳申請書(居住地の変更の届出書)を提出してください。
4 ※欄は、記入しないでください。