

様式第2号 (第2条関係)

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届

年 月 日

(宛先)

枚方市長

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項の規定による精神障害者保健福祉手帳の(氏名・住所)の変更について、次のとおり届け出ます。

届出者 (障害者本人)	フリガナ 氏名											
	住所	電話										
	個人番号											
手帳の有効期限		年 月 日										
手帳番号												
変更事項		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										
届出書を提出した者	氏名						本人との関係 (<input checked="" type="checkbox"/> 印)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 <input type="checkbox"/> 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原本を持参してください。
- 3 他の市区町村からの住所変更の場合は、精神障害者保健福祉手帳申請書(居住地の変更の届出書)を提出してください。

受付印