

様式第3号 (第3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) 大東市長

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	電話番号		
	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		
申請書 (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 他市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