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  （✓印) | □　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 |
|  |