

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届

年 月 日

妙高市長宛

申請者の住所

申請者の氏名

申請者の個人番号

現行の手帳番号 第 号

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 第4項 の規定により次のとおり届け出ます。

届出区分	精神障害者保健福祉手帳の <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 2em; margin: 0 10px;">(</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;">1 市の区域を越える住所変更 2 市の区域内の住所変更 3 氏名変更</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; font-size: 2em; margin: 0 10px;">)</div>									
変更内容	旧									
	新									
※申請者の状況	氏名			新たな手帳番号						
				既存の手帳番号						
	住所	〒			個人番号					
	備考									

添付書類

- 1 手帳
- 2 市の区域を越える住所変更の場合は、妙高市精神障害者保健福祉手帳交付実施要領に定める障害者手帳申請書（別記様式第1号）により作成した書類
- 注1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。
- 2 ※印欄は記入しないこと。