

精神障害者保健福祉手帳 記載事項変更届

福岡県知事 殿

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 4 5 条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項の届出をします。

※

変更理由	(1) 都道府県内における住所変更 (2) 都道府県外(政令市を含む)からの転入【注1】 (3) 氏名の変更 (4) その他(個人番号の変更等)【注2】 ()													
フリガナ											生年月日			
届出者氏名 (精神障害者 本人)											年 月 日			
現住所	〒													
個人番号														
手帳番号								有効期限	年 月 日 【注3】					
変更内容	旧	氏名												
		住所	〒											
		個人 番号												
	新	※と同じ												

注1) 都道府県(政令指定都市を含む)の区域を超える住所変更をしたときは、本届出書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。

注2) マイナンバーが変わった場合本届出が必要です。(手帳の書き換え及び写しは不要)

注3) 期限切れの手帳は、変更届の受付ができません。更新申請と同時又は更新申請を行ってから変更届を提出してください。

市町村受付印