

様式第5号（第5条関係）

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届

高石市長 宛

年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定に基づき、精神障害者保健福祉手帳の氏名又は住所の変更について届け出ます。

届出者	フリガナ 氏名				印
〔障害者本人〕	住所	高石市	()	個人番号	
	電話	()			
手帳の有効期限		年	月	日	
手帳番号					
変更内容		変更前			変更後
	氏名				上記と同じ
住所	高石市				上記と同じ
変更年月日		年	月	日	
届を提出した者	氏名		印	本人の 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 この変更届を提出する際は、精神障害者保健福祉手帳の原本を提示してください。