

| |
|---------|
| 受理年月日 |
| ※市町村受理印 |

障害者手帳記載事項変更届

鹿児島県知事 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45条の規定に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の届出をします。

〔(1)県内における住所変更(2)都道府県を越える住所変更(3)氏名の変更〕の届出

| | |
|--------------------|--|
| 変更 前 の 内容 | |
| 変更 後 の 内容 | |

申請者（精神障害者本人）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考 1 県の区域を越える住所変更をしたときは、本届のほか、手帳交付の申請書を提出すること。
2 ※の欄は記入しないこと。