

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

新 発 田 市 長 様

申請者の住所 新発田市  
 申請者の氏名  
 個人番号  
 現行の手帳番号 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					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				
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	〒			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にあっては、新発田市精神障害者保健福祉手帳交付実施要領様式第 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。