

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届

※保健所名	
※受付年月日	年 月 日

年 月 日

神戸市長 宛

次の記載事項（○印を付けた事項）の変更について届け出ます。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項に規定する精神障害者保健福祉手帳（以下この様式において「手帳」という。）の記載事項の変更

(1) 氏名 (2) 住所

番 号	(現行の手帳番号) 第 号	
手帳の交付を受けているもの（以下この様式において「本人」という。）	(住所) 〒 (電話)	
	フリガナ (氏名)	(生年月日) 年 月 日
変 更 内 容	(変更前)	
	(変更後)	
こ の 書 面 を 届 け 出 た も の	(住所) 〒 (電話)	
	フリガナ (氏名)	<ul style="list-style-type: none"> ・本 人 ・家 族 ・医療関係職員 () ・その他 ()
備 考	<input type="checkbox"/> システム確認済	

(注意)

- 1 届出には手帳を添付してください。
- 2 ※印の欄は、記入しないで下さい。
- 3 この届に押印は不要です。