

障害者手帳記載事項変更届

令和 年 月 日

堺市長 殿

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳に関して
次の事項について届け出ます。

〔 氏名・住所 〕の変更（届出項目を○で囲んでください。）

届出者 (障害者本人)	フリガナ												
	氏名												
	個人番号												/
	住所	堺市 区										電話 ()	
既存の手帳の有効期限					令和 年 月 日								
既存の手帳の手帳番号					第 号								
変更内容		変 更 前					変 更 後						
	氏名						上記と同じ						
	住所						上記と同じ						
変更年月日		令和 年 月 日											
届出書を提出した者	氏名					本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
	住所											電話 ()	

（備考）

- 1 変更内容は、変更部分のみ記入してください。
- 2 精神障害者保健福祉手帳を合わせて提出してください。
- 3 他市町村からの居住地変更の場合は、障害者手帳申請書を提出してください。

堺市使用欄

個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者	<input type="checkbox"/> 郵送
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		

受付印	受理印

備 考
<input type="checkbox"/> 訂正済み <input type="checkbox"/> 入力済み