

(別添様式4)

※市町村名

※受理年月日

年 月 日

## 障害者手帳記載事項変更届

茨城県知事 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ついて、次のとおり届け出ます。

		届出日		年 月 日			
届出者 (精神障害者本人)	氏名					生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	現住所					電話	( )
	手帳番号					手帳の有効期限	年 月 日
届出書を提出した者	氏名				本人との関係	住所	電話 ( )

### 1 氏名の変更

変更となった日	年 月 日
旧氏名	
新氏名	届出者氏名欄記載のとおり (ヨミガナ)

### 2 住所変更

変更となった日	年 月 日
旧住所	
新住所	届出者現住所欄記載のとおり

(注)都道府県の区域を越える住所を変更したときは、障害者手帳交付申請書を提出してください。