

個人番号 _____

※受付年月日 年 月 日

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

大阪府知事 様

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の〔氏名・住所〕の変更について届け出ます。

届出者 〔障害者〕 〔本人〕	フリガナ氏名						
	住所	大阪府 電話 ()					
手帳の有効期限		年 月 日					
手帳番号							
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		年 月 日					
届を提出した者	氏名				本人との関係	本人 家族 医療機関職員() その他()	
	住所	電話 ()					

- (注) 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の原本を持参してください。
 3 ※欄は記入しないでください。

他の都道府県（大阪市、堺市及び「大阪府福祉行政事務に係る事務処理の特例に関する条例」により権限を移譲した市町村を含む。）から手帳の交付を受けた方が本府の区域内に居住地を移した場合は、障害者手帳申請書(居住地の変更の届出書)を提出してください。