

第14号様式(第7条関係)

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

障害者手帳記載事項変更届

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者の住所  
申請者の氏名  
申請者の個人番号  
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	〒		個人番号							
	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つては、阿賀野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 届出区分の選択肢の欄は、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。