

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届

吹田市 長 宛

年 月 日

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記載事項（氏名・住所）の変更について申請します。

申請者  〔障害者本人〕	フリガナ 氏名							
	生年月日	年	月	日				
	住所	大阪府吹田市 個人番号 ( ) 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	吹田市			上記と同じ			
変更年月日		年	月	日				
申請書を提出した者	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。

吹田市受付印