

精神障害者保健福祉手帳変更届

①京都市提出用
②保健センター提出用

(宛先) 京 都 市 長	平成 年 月 日
届出者の住所 (〒 -)	届出者の氏名 (記名押印又は署名) <div style="text-align: right;">印</div> 電話 - (精神障害者との関係)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令 により届け出ます。		<input type="checkbox"/> 第7条第2項 の規定 <input type="checkbox"/> 第7条第4項	
精神障害者氏名		個人番号	
精神障害者保健福祉手帳	交付番号		有効期限
			平成 年 月 日
変更年月日		年 月 日	
変更の内容	変更前		
	変更後	(〒 -)	

注 該当する□には、レ印を記入してください。

- 備考 1 施行令第7条第2項 (氏名変更,京都市在住の方の居住地変更) の届出の場合は, 「手帳」をお持ちください。
 2 施行令第7条第4項 (京都市外の市町村からの居住地変更) の届出の場合は, 添付書類として「手帳」が必要です。