①京都市提出用　②保健センター提出用

精神障害者保健福祉手帳変更届

（宛先）　京　都　市　長	令和　　年　　月　　日
届出者の住所 （〒　　－　　）	届出者の氏名（記名押印又は署名） ㊞ 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 □第7条第2項 □第7条第4項 の規定により届け出ます。

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 令和	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。