

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	令和 年 月 日
届出者の住所 (〒 —)	届出者の氏名 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 <input type="checkbox"/> 第7条第2項 の規定 により届け出ます。 <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	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。