

※市町村
受付印

精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届

年 月 日

富山県知事 殿

届出者（本人）

氏 名

住 所

個人番号

手帳番号

精神障害者保健福祉手帳について、次の事項を変更したので届け出ます。

| | | |
|------------------------------|-----|--|
| 変更した事項 (該当するものを○で 囲む。) | | 1 県内における居住地の変更 2 県外からの居住地の変更 3 氏名の変更 |
| 変更 内容 | 変更前 | |
| | 変更後 | |

備考

- 1 県外からの居住地の変更をしたときは、この届出書のほかに、精神障害者保健福祉手帳の交付申請書を提出してください。
- 2 ※印の箇所は、記入しないでください。