

様式第3号(第2条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

障 害 者 手 帳 記 載 事 項 変 更 届

年 月 日

静岡県知事 様

住 所
氏 名
生 年 月 日
個 人 番 号
電 話 番 号
交付を受けている
精神障害者保健福祉
手帳の手帳番号

住所
次のとおり に変更があったので、届け出ます。
氏名

1 変更事項

区 分	変 更 前	変 更 後
住 所		
氏 名		

2 変更年月日 年 月 日

(注)

- 1 交付を受けている精神障害者保健福祉手帳を添付してください。
- 2 都道府県間の住所変更による届出の場合は、様式第2号による障害者手帳申請書を提出してください。