

療育手帳記載事項変更届

_____年 月 日

長崎県知事 様

療育手帳の記載事項に次のとおり変更がありましたので届け出ます。

申請者 _____ (続柄 _____)

変更前	療育手帳番号	_____	本人氏名	(_____年 月 日生 _____歳)
	個人番号	_____		
	住所	_____市 町		

* 施設利用中の場合(施設名 _____)

変更の内容(該当するもの全てに を)

- 1 本人(氏名・住所・電話番号・その他: _____)
- 2 保護者(氏名・住所・電話番号・その他: _____)
- 3 保護者変更(続柄: _____から _____へ)

変更後の内容(変更箇所のみ記載)

変更年月日 _____年 月 日

本人	フリガナ	_____	
	氏名	姓 _____	名 _____
	住所	〒 _____ - _____ _____市 町 (施設名: _____ *施設利用の場合)	
	電話	_____ - _____	

保護者	フリガナ	_____		続柄	_____
	氏名	姓 _____	名 _____		
	住所	〒 _____ - _____ _____市 町			
		(旧住所) _____市 町			
	電話	_____ - _____			

台帳管理市町の変更	旧: _____市・町	新: _____市・町	変更無
-----------	-------------	-------------	-----

届受理市町(書換) 旧台帳管理市町(変更有の場合) センター進達
手帳の記載事項と相違ないことをご確認ください。

通信欄:

受理市町受付印	台帳管理市町受付印	判定機関受付印