様式第４号（第６条関係）

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 ＊施設利用の場合 （施設名：　　）	
	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