

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お届けします。

申請者 _____ 印（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（氏名変更・住所変更・その他）
- 2 保護者（氏名変更・住所変更・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	電話 (_____) - _____ *施設利用の場合 (施設名： _____)

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

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

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