様式第３（第４条関係）

障害者手帳記載事項変更届出書

年　　月　　日

（宛先）東大阪市長

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第７条第２項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の〔１氏名・２住所〕の変更について、次のとおり届け出ます。（該当事項に○印）

<table>
<tr><td rowspan="4">届出者
（障害者本人）</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">東大阪市

電話</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">手帳の有効期限</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">手帳番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">変更内容</td><td></td><td>変　更　前</td><td colspan="3">変　更　後</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td colspan="3">上記と同じ</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td>東大阪市</td><td colspan="3">上記と同じ</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">届出書を提出した者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>本人との関係（○印）</td><td colspan="2">１　本　　人
２　家　　族
３　医療機関職員（　　）
４　そ の 他（　　）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">電話</td></tr>
</table>

（注意事項）

１　変更内容は、変更部分のみ記入してください。

２　精神障害者保健福祉手帳をあわせて提出してください。

３　東大阪市外より居住地を移した場合は、障害者手帳申請書（居住地の変更の届出書）を提出してください。