

※受理年月日	年 月 日
--------	-------

精神障害者手帳記載事項変更届

令和 年 月 日

(宛先) 上 越 市 長

申請者の住所

申請者の氏名

申請者のマイナンバー

現行の手帳番号 第 号

次のとおり、精神障害者手帳の記載事項に変更があったので届け出ます。

届出 区分	精神障害者保健福祉手帳の		( 1 市の区域を越える住所変更 2 市の区域内の住所変更 3 氏名変更 )							
変更 内容	旧									
	新									
※申請者 の状況	氏名	新たな手帳番号								
		既存の手帳番号								
	住所	〒					個人番号			
	備考									

添付書類

- 1 手帳
- 2 市の区域を越える住所変更の場合は、上越市精神障害者保健福祉手帳交付実施要領第 1 号様式により作成した書類

注 1 選択肢の欄は、該当する算用数字を○で囲むこと。

2 ※印欄は記入しないこと。