

経由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳記載事項変更 { 届 } 書
 { 報告 }

年 月 日

あて

(市町村長)

届出者
 (本人又は保護者)

下記のとおり療育手帳の記載事項に変更が生じたので、療育手帳を添えて届け出ます。

手帳番号及び交付年月日		第 号 < 年 月 日交付 >	
変更前の掲載事項	本人	ふりがな	生 年 月 日
		氏 名	年 月 日
	保護者	住 所	(施設の場合:施設名)
		ふりがな	
氏 名			
住 所			
変更届出事項	1 本人	ふりがな	職 業
		氏 名	
		住 所	(〒 -) (施設の場合:施設名) (電話 - -)
	2 保護者	ふりがな	生 年 月 日
		氏 名	男 女 年 月 日
		続 柄	職 業
該当に○	3 写真	住 所	(〒 -) (電話 - -)
		4×3cm 脱帽・上半身	
変更の理由			
変更した年月日		年 月 日	

市町村 記入欄
 変更前 所管市町村 ()
 変更後 所管市町村 ()

上記のとおり療育手帳の記載事項に変更を行ったので報告します。
 群馬県知事 あて 年 月 日
 (心身障害者福祉センター) 市福祉事務所長 印
 (判定機関経由) 町村長

注1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。

2 内は市町村が記入してください。