

療育手帳記載事項変更届出書

年 月 日

沖縄県知事 殿

(届出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

私は、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

届 出 事 由	<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
異 動 日	

変更内容 (変更事項のみ記載してください)

		旧 (変更前)	新 (変更後)
手帳所持者	フリガナ 氏 名		
	住 所	〒	〒 <input type="checkbox"/> 届出者に同じ
	施設等の 名 称		
	電話番号		
	個人番号		
保 護 者	フリガナ 氏 名		
	住 所	〒	〒 <input type="checkbox"/> 手帳所持者に同じ
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	電話番号		
	続 柄		

既交付手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度 (総合判定)	
------	--	-------	--	-----------------	--

経 由 機 関	市町村長 印				
	年 月 日受理	年 月 日進達			

(注意事項)

- ※ 個人番号は理由が転入等の場合は記入してください。
- ※ 経由機関においては、個人番号欄に記入誤りがないことを確認の上、欄外に(済)等を表記してください。