

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

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
		住所				個	人 番 号
	保護者	ふりがな					
		氏名					
		住所					
変更届出事項該当に○	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				年	月 日
		続柄			職	業	
		住所	(〒 -)			(電話 - -)	
	3 写真	4×3cm 脱帽・上半身					
	変更の理由						
	変更した年月日		年 月 日				
<p>市町村 記入欄</p> <p>変更前 所管市町村 ()</p> <p>変更後 所管市町村 ()</p> <p>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。</p> <p>群馬県知事 あて 年 月 日</p> <p>(心身障害者福祉センター) 市福祉事務所長 印</p> <p>(判定機関経由) 町村長</p>							

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。

注2 内は市町村が記入してください。