

療育手帳記載事項変更届

年 月 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿

届出者氏名 (続柄:)

(本人または保護者による記名の場合、押印不要)
(Tel:)

| | | | |
|--------------|----------------|---|-----|
| 療育手帳番号 | 第 号 (年 月 日交付) | | |
| ふりがな 本人氏名 | 生年月日 | 年 | 月 日 |

変更事項

| | | | |
|------|---|--|--|
| 住所 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者 | | |
| | 援護の実施変更: 無・有 (→) ※町村・福祉事務所にて記入 | | |
| 氏名 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者 | | |
| 電話番号 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者 | | |
| 変更日 | 年 月 日 | | |

変更事項欄にチェックした項目について、「変更前」「変更後」を記入してください。

| | | 変更前 | 変更後 |
|-----|------------|--------|--------|
| 本人 | ふりがな 氏名 | | |
| | 住所 | (〒 -) | (〒 -) |
| | Tel | () | () |
| 保護者 | ふりがな 氏名 | 続柄: | 続柄: |
| | 住所 | (〒 -) | (〒 -) |
| | Tel | () | () |

※変更後の療育手帳の写しを添付してください。