

年 月 日

山形県知事 殿

住 所

氏 名

印

(記名押印又は署名)

年 月 日生

個人番号

現行の手帳番号

精神障害者保健福祉手帳居住地等変更届出書

下記のとおり居住地等を変更したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条第 2 項（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第 7 条第 4 項）の規定により届け出ます。

記

- 1 変更事項（該当する番号を○で囲んでください。）
  - (1) 県内における居住地変更
  - (2) 他の都道府県からの居住地変更
  - (3) 氏名の変更

2 変更内容

|       |  |
|-------|--|
| 変 更 前 |  |
| 変 更 後 |  |

3 変更年月日 年 月 日

(注) 都道府県の区域を越えて居住地を変更したときは、本届出書のほか、手帳交付の申請書と障害者手帳を提出してください。

(市町村記入欄)

|      |
|------|
| 本人確認 |
|      |